

ACTIVIDADE MOTORA DA PESSOA IDOSA APÓS AVC. DESAFIOS E CONTRIBUTOS DE ENFERMAGEM

ALBERTO JOSÉ BARATA GONÇALVES CAVALEIRO

Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

2012

ALBERTO JOSÉ BARATA GONÇALVES CAVALEIRO

**ACTIVIDADE MOTORA DA PESSOA IDOSA APÓS AVC.
DESAFIOS E CONTRIBUTOS DE ENFERMAGEM**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, na Universidade do Porto.

Orientadora - Professora Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo

Categoria – Professora Auxiliar Convidada

Afiliação - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, na Universidade do Porto.

Co-orientador - Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar expresso O MEU MUITO OBRIGADO àqueles que me acompanharam nesta caminhada e que se disponibilizaram de distintas maneiras para que fosse possível a realização deste estudo:

À Sr^a Professora Doutora Zaida Azeredo, pela forma reflexiva como encaminhou este nosso estudo, pela permanente disponibilidade, incentivo e amizade, dispensados ao longo deste trajecto.

Ao Sr. Professor Doutor Paulo Queirós, pela reflexão sistemática, condições e indispensável ajuda, incentivo e manifesta amizade, que proporcionou ao longo da realização deste estudo.

Ao Professor Doutor João Apóstolo pela autorização concedida na utilização de instrumentos de avaliação da sua autoria e disponibilidade demonstrada.

À Professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro, pela autorização concedida para utilização do instrumento SSQ-6, pela reflexão que proporcionou, quer fazendo parte da equipa de peritos, quer pelos momentos de reflexão, que foram disponibilizados.

À equipa de peritos pela disponibilidade na análise profunda e cuidada da qual resultaram críticas, sugestões e propostas concretas.

Às pessoas idosas, que fazem parte do conjunto de pessoas deste estudo e às outras, pela forma simpática como me receberam pela disponibilidade demonstrada e participação activa.

Aos enfermeiros e outros profissionais colaboradores nas várias unidades de internamento, que, com a sua imprescindível participação, possibilitaram a concretização deste estudo.

Às instituições, que colaboraram na consecução desta investigação.

Às entidades financiadoras ESEnfC e FCT.

Aos colegas da Unidade Científico-Pedagógica Enfermagem do Idoso, em especial à coordenadora Professora Doutora Maria de Lurdes Almeida, que comigo iniciou esta caminhada e sempre me apoiou contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal.

Ao Doutor João Oliveira pela disponibilidade, amizade e colaboração expressa no trabalho gráfico dos instrumentos criados e validados neste estudo.

Aos meus amigos pela presença/ausente, mas sempre transmitindo compreensão e apoio.

Aos meus queridos e amados pais pelo garantido suporte e absoluto apoio manifestado em prol do meu desenvolvimento, essenciais nesta caminhada.

Aos meus filhos, André e Ricardo, pelo incentivo permanente e preocupações constantes com o pai.

À Teresa, minha esposa, que comigo caminhou em todos os momentos, lado a lado....

RESUMO

Neste estudo procedemos à pesquisa da actividade motora da pessoa idosa após AVC e, neste âmbito, aos desafios e contributos de enfermagem.

O estudo desenvolveu-se em torno de duas questões centrais: quais os contornos e especificidades da actividade motora da pessoa idosa após AVC e como podem as intervenções de enfermagem contribuir para a melhoria da actividade motora da pessoa idosa acometida de AVC.

O desenvolvimento da investigação foi efectivado de acordo com três estudos complementares: Estudo I - Compreensão da actividade motora na pessoa idosa após AVC, Estudo II - Construção e validação de um protocolo de avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC (PAMPI-AVC) e Estudo III - Caracterização da actividade motora e outros aspectos da vida de uma população idosa após AVC. Nos estudos II e III estiveram envolvidas 88 pessoas idosas que se encontravam a experienciar o seu processo de reabilitação após AVC na RNCCI do distrito de Coimbra.

A colheita de dados envolveu um questionário sobre informação sócio-demográfica e sobre aspectos biológicos e de saúde, bem como, o protocolo de avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC (PAMPI-AVC), o *Mini Mental State Examination* – (MMSE), o *Índice de Barthel*, a *Escala das Actividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton e Brody*, a *Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti*, o *Índice de Mobilidade Rivermead*, a *Short Physical Performance Battery* (SPPB), a *Depression Anxiet Stress Scale* (DASS 21), a *Escala Geriatria de Depressão* (GDS-15), a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) e o *Social Support Questionnaire* (SSQ6).

No desenvolvimento do protocolo de avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC (PAMPI-AVC) foram respeitadas várias etapas, entre as quais destacamos: a identificação dos itens (250) inerentes aos respectivos domínios e a depuração dos itens do protocolo, no sentido de reter os itens que apresentavam maior pertinência e relevância. A metodologia utilizada neste processo conduziu à eliminação de 90 itens, pelo que a versão final do protocolo é constituída por 160 itens, sendo 57 referentes ao domínio físico-funcional, 56 ao domínio psicológico, 19 ao domínio espiritual e 28 ao domínio social, evidenciando boas propriedades psicométricas e uma boa validade concorrente tendo subjacente os instrumentos padronizados, que foram utilizados no estudo. Os resultados obtidos no PAMPI-AVC foram traduzidos numa escala de 0 a 100 pontos, verificando-se que valores mais elevados traduziam uma melhor avaliação dos aspectos relacionados com o estado funcional da pessoa idosa após AVC. Os resultados

observados revelaram que as pessoas idosas após AVC, ficam, principalmente, limitadas na capacidade ao nível das actividades de vida.

Os estudos desenvolvidos, sustentados nos resultados observados nos vários instrumentos, revelaram a não existência de diferenças estatisticamente significativas nas categorias e no global das actividades do domínio físico-funcional do PAMPI-AVC, no nível de independência funcional (Índice de Barthel), nas actividades instrumentais de vida (Escala das Actividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton, e Brody), no equilíbrio e marcha (Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti), na capacidade de mobilidade (Índice de Mobilidade Rivermead), e no desempenho físico (Short Physical Performance Battery), quando comparados em função do sexo, da relação familiar, do tipo de ajuda, do tipo de AVC, do local de permanência após AVC, da tipologia de internamento, da história prévia de depressão e da intensidade da dor. Contudo, observamos diferenças estatisticamente significativas, quando a comparação é realizada em função do grupo etário, estado civil, do tempo decorrido após AVC, do IMC e da percepção do estado de saúde. Verificamos também algumas diferenças significativas quando a comparação é feita em função da coabitação antes do AVC, das condições habitacionais, do nível de escolaridade, do valor do rendimento mensal e do nível socioeconómico.

Comparámos, também, o PAMPI-AVC, no domínio psicológico, o estado cognitivo, a ansiedade, o stresse e a depressão em função da coabitação antes do AVC, do tipo de ajuda, do nível socioeconómico e do tipo de AVC, não tendo sido observada qualquer diferença estatisticamente significativa. A comparação das mesmas variáveis em função do local de permanência após AVC, do grupo etário, do sexo, do nível de escolaridade, do valor do rendimento mensal, do tempo decorrido após AVC, da percepção do estado de saúde, do estado civil, das condições habitacionais, da relação familiar, do IMC, da intensidade da dor, da tipologia de internamento e da história prévia de depressão, evidenciou a existência de algumas diferenças estatisticamente significativas.

Os estudos comparativos do PAMPI-AVC, ao nível do domínio espiritual e da satisfação com a vida revelaram a existência de algumas diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, do nível de escolaridade, do tipo de ajuda, da percepção do estado de saúde, do tempo decorrido após AVC, da tipologia de internamento e do valor do rendimento mensal, mas não se observaram diferenças, quando a comparação foi realizada em função do grupo etário, do estado civil, das condições habitacionais, da coabitação antes do AVC, da relação familiar, do nível socioeconómico, do tipo de AVC, do local de permanência após AVC, do IMC, da história prévia de depressão e da intensidade da dor.

Podemos verificar, ainda, que a comparação do PAMPI-AVC, no domínio social, e da percepção e satisfação com o suporte social revelou a existência de algumas diferenças, quando a comparação foi realizada em função do grupo etário, do sexo, do nível de escolaridade, do valor do rendimento mensal, da intensidade da dor, do IMC, da percepção do estado de saúde, da tipologia de internamento, do estado civil, das condições habitacionais, da relação familiar, do tipo de AVC e da coabitação antes do AVC. Contudo, não se verificaram quaisquer diferenças significativas, quando a comparação foi efectuada em função do nível socioeconómico, do tipo de ajuda, do local de permanência após AVC, do tempo decorrido após AVC e da história prévia de depressão.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the motor activity of the elderly after a stroke and, as a consequence, the challenges and contribution of nursing.

It was based on two major questions: which are the characteristics and specificities of the motor activity of the elderly after a stroke and how nursing interventions can contribute to improve the motor activity of the stroke patient.

The research was developed following three additional studies: Study I – Understanding of the motor activity of the elderly after a stroke, Study II – Design and validation of a multidimensional assessment protocol of the elderly after a stroke (PAMPI-AVC) and Study III – Characterization of the motor activity and other aspects of the daily life of an elderly population after a stroke. Studies II and III involved 88 older people who were taking part in a post-stroke rehabilitation program in the RNCCI (National Network for Integrated Continuous Care) of the district of Coimbra.

Data collection included a questionnaire about the social-demographic characteristics and biological and health aspects as well as a multidimensional assessment protocol of the elderly after a stroke (PAMPI-AVC), *the Mini Mental State Examination* – (MMSE), *the Barthel Index*, *the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale*, *the Tinetti Balance and Gait Test*, *the Rivermead Mobility Index*, *the Short Physical Performance Battery* (SPPB), *the Depression Anxiety Stress Scale* (DASS 21), *the Geriatric Depression Scale* (GDS-15), *the Satisfaction With Life Scale* (SWLS), and *the Social Support Questionnaire* (SSQ6).

The multidimensional assessment protocol of the elderly after a stroke (PAMPI-AVC) was developed in different stages, namely: the identification of items (250) related to the domains, and the depuration process so as to keep the more relevant items, which resulted in the elimination of 90 items. The final version of the protocol is then composed of 160 items: 57 referred to the physical-functional domain; 56 to the psychological domain; 19 to the spiritual domain, and 28 to the social domain. It showed good psychometric properties and a good concurrent validity, based on the standardized instruments which were used in the study. The scores obtained in the PAMPI-AVC were measured on a 0-100 point scale, and the highest scores represented a better assessment of the aspects related to the post-stroke functional status of the elderly. The findings suggest that after a stroke the majority of older people experience limitations in the performance of daily living activities.

Based on the results obtained in the several instruments, the studies showed no statistically significant differences in the categories and the overall activities of the

physical-functional domain of the PAMPI-AVC, in the functional independence (Barthel Index), in the daily living activities (Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale), in balance and gait (Tinetti Balance and Gait Test), in the motor ability (Rivermead Mobility Index) and in the physical performance (Short Physical Performance Battery) in terms of gender, family relationships, type of help, type of stroke, place of stay after the stroke, type of hospitalization, previous history of depression and pain intensity.

However, statistically significant differences were found in terms of age group, civil status, period of time after the stroke, BMI, and perceived health status. Some significant differences were also found in terms of cohabitation before the stroke, living conditions, level of education, monthly income, and socioeconomic status.

In the PAMPI-AVC, no statistically significant differences were found in the psychological domain, cognitive status, anxiety, stress and depression in terms of the cohabitation before the stroke, the type of help, the socioeconomic status and the type of stroke. The comparison of the same variables in terms of the place of stay after the stroke, the age group, the gender, the level of education, the monthly income, the period of time after the stroke, the perceived health status, the civil status, the living conditions, the family relationships, the BMI, the pain intensity, the type of hospitalization and the previous history of depression showed some statistically significant differences.

At the level of the spiritual domain and the satisfaction with life, the comparative studies of the PAMPI-AVC showed some statistically significant differences in terms of the gender, level of education, type of help, perceived health status, period of time after the stroke, type of hospitalization and monthly income. However, no differences were found in terms of age group, civil status, living conditions, cohabitation before stroke, family relationships, socioeconomic status, type of stroke, place of stay after the stroke, MBI, previous history of depression and pain intensity.

In the social domain and perception and satisfaction with the social support, the PAMPI-AVC showed some differences in terms of age group, gender, level of Education, monthly income, pain intensity, BMI, perceived health status, type of hospitalization, civil status, living conditions, family relationships, type of stroke, and cohabitation before stroke. Nonetheless, no significant differences were found in terms of the socioeconomic status, type of help, place of stay after the stroke, and previous history of depression.

ÍNDICE

| | |
|--|--------------|
| ÍNDICE DE QUADROS | xv |
| ÍNDICE DE TABELAS | xxv |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | xxvii |
| LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS..... | xxix |
| INTRODUÇÃO | 1 |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E CONTEXTUAL | 7 |
| A – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 9 |
| 1 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL | 9 |
| 2 – ACTIVIDADE MOTORA | 21 |
| 3 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – CONSIDERAÇÕES NA PESSOA IDOSA .. | 33 |
| 4 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)..... | 55 |
| B – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL..... | 59 |
| 5 – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS..... | 59 |
| PARTE II – METODOLOGIA E ESTUDOS SUBSEQUENTES | 65 |
| 1 – OPÇÕES METODOLÓGICAS: PROBLEMÁTICA, OBJECTIVOS, E ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO | 67 |
| 2 - ESTUDO I - COMPREENSÃO DA ACTIVIDADE MOTORA NA PESSOA IDOSA APÓS AVC: CONTRIBUTOS DE UMA ABORDAGEM QUALITATIVA PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO. | 71 |
| 3 – ESTUDO II - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - PAMPI-AVC | 131 |
| 3.1 – PERCURSO METODOLÓGICO, POPULAÇÃO E AMOSTRA | 131 |
| 3.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS | 133 |
| 3.3 – CARACTERIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PADRONIZADOS | 141 |
| 3.4 – DEPURAÇÃO DOS ITENS DOS DOMÍNIOS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO PAMPI-AVC..... | 151 |
| 3.5 – ESTRUTURA FINAL DO PAMPI-AVC..... | 160 |

| | |
|--|------------|
| 3.6 - RESULTADOS OBTIDOS NOS DOMÍNIOS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO PAMPI-AVC..... | 163 |
| 3.7 – RESULTADOS OBTIDOS COM OS INSTRUMENTOS PADRONIZADOS | 164 |
| 3.8 – ESTUDO DA VALIDADE DO PROTOCOLO PAMPI-AVC | 166 |
| 4 – ESTUDO III - CARACTERIZAÇÃO DA ACTIVIDADE MOTORA E OUTROS ASPECTOS DA VIDA DE UMA POPULAÇÃO IDOSA APÓS AVC. | 171 |
| 4.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, SOCIOECONÓMICA, BIOLÓGICA E DE SAÚDE | 171 |
| 4.2 – O DOMÍNIO FÍSICO-FUNCIONAL AVALIADO COM O PAMPI-AVC, CRUZAMENTO E COMPLEMENTARIDADE DE DADOS COM OUTROS INSTRUMENTOS: NÍVEIS DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (ÍNDICE DE BARTHEL); ACTIVIDADES DE VIDA (LAWTON); AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E DA MARCHA (TINETTI); CAPACIDADE DE MOBILIDADE (ÍNDICE DE RIVERMEAD) E DO DESEMPENHO FÍSICO (SPPB). | 177 |
| 4.3 – O DOMÍNIO PSICOLÓGICO AVALIADO COM O PAMPI-AVC E O CRUZAMENTO E COMPLEMENTARIDADE DE DADOS COM OUTROS INSTRUMENTOS: ESTADO COGNITIVO – MMSE; SAÚDE MENTAL – DASS-21 E GDS-15..... | 195 |
| 4.4 – O DOMÍNIO ESPIRITUAL AVALIADO COM O PAMPI-AVC E O CRUZAMENTO E COMPLEMENTARIDADE DE DADOS COM OS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS)..... | 207 |
| 4.5 – O DOMÍNIO SOCIAL (PAMPI-AVC) E A COMPLEMENTARIDADE DE DADOS COM OUTROS INSTRUMENTOS: PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL DISPONÍVEL (SSQ6 N E SSQ6S)..... | 213 |
| 4.6 – VISÃO DE CONJUNTO DA ACTIVIDADE MOTORA E OUTROS ASPECTOS DA VIDA NESTA AMOSTRA DE PESSOAS IDOSAS APÓS AVC | 227 |
| PARTE III – DISCUSSÃO, CONTRIBUTOS E CONCLUSÕES | 233 |
| 1 – OS DADOS DOS ESTUDOS EFECTUADOS: DISCUSSÃO E CONTRIBUTOS | 234 |
| 1.1 – COMPREENSÃO EM PROFUNDIDADE DO FENÓMENO EM ESTUDO..... | 234 |
| 1.2.- A CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E O ESTUDO EM CONCRETO DE UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS APÓS AVC | 241 |
| 1.3 - LIMITAÇÃO DO PRESENTE ESTUDO E SUGESTÕES PARA NOVAS INVESTIGAÇÕES | 242 |
| 2– DESAFIO PARA UMA INTERVENÇÃO QUALIFICANTE DE ENFERMAGEM | 243 |
| 2.1. - UMA ENFERMAGEM MODERNA CONCEPTUALMENTE PENSADA | 243 |

| | |
|--|------------|
| 2.2.-DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM GERAL AOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS | 245 |
| 2.3.-COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS: DAS COMUNS ÀS ESPECÍFICAS | 247 |
| 2.4.-QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADOS COMO EXIGÊNCIA SOCIAL | 249 |
| 3 - SÍNTESES CONCLUSIVAS | 253 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 256 |
| ANEXO I | |
| INSTRUMENTO CONSTRUÍDO PARA RECOLHA DE INFORMAÇÃO | |
| ANEXO II | |
| INSTRUMENTO VALIDADO PARA RECOLHA DE INFORMAÇÃO - PAMPI-AVC | |
| ANEXO III | |
| DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO | |
| ANEXO IV | |
| PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO ÀS ENTIDADES REFERENCIADAS NO ESTUDO | |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Questões colocadas durante a entrevista nos respectivos domínios | 77 |
| Quadro 2 - Caracterização dos Informantes da amostra (período Maio a Dezembro de 2008) | 82 |
| Quadro 3 - Árvore categorial da análise às entrevistas realizadas | 87 |
| Quadro 4 - Excertos e itens do Domínio Físico Funcional | 88 |
| Quadro 5 - Excertos e itens do Domínio Psicológico | 101 |
| Quadro 6 - Excertos e itens do Domínio Espiritual | 116 |
| Quadro 7 - Excertos e itens do Domínio Social | 121 |
| Quadro 8 - Número de questões, escalas e itens do PAMPI-AVC e da 1ª versão ... | 162 |
| Quadro 9 - Avaliação da Aptidão Muscular, valores médios da força muscular e amplitude de movimentos articulares | 180 |
| Quadro 10 - Caracterização da actividade psicomotora (n e %) | 181 |
| Quadro 11 - Caracterização da actividade psicomotora (n e %) agrupadas | 181 |
| Quadro 12 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do sexo. | 184 |
| Quadro 13 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da relação familiar | 185 |
| Quadro 14 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do tipo de ajuda | 185 |
| Quadro 15 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida | |

| | |
|--|------------|
| (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do tipo de AVC..... | 185 |
| Quadro 16 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do local de permanência após o AVC. | 186 |
| Quadro 17 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da tipologia de internamento..... | 186 |
| Quadro 18 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da história prévia de depressão. | 186 |
| Quadro 19 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da intensidade da dor..... | 187 |
| Quadro 20 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do grupo etário. | 187 |
| Quadro 21 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de | |

| | |
|--|------------|
| mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do estado civil..... | 188 |
| Quadro 22 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do tempo decorrido após AVC..... | 188 |
| Quadro 23 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do índice de Massa Corporal..... | 189 |
| Quadro 24 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da percepção do estado de saúde..... | 189 |
| Quadro 25 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da coabitação antes do AVC. | 190 |
| Quadro 26 - Comparação de valores médios,nas categoriase no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função das condições habitacionais..... | 191 |
| Quadro 27 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de | |

| | |
|---|------------|
| mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do nível de escolaridade. | 191 |
| Quadro 28 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do valor do rendimento. | 192 |
| Quadro 29 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do nível socioeconómico. | 193 |
| Quadro 30 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da coabitação antes do AVC. | 198 |
| Quadro 31 - Comparação de valores médios, categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do tipo de ajuda. | 198 |
| Quadro 32 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do nível socioeconómico. | 199 |
| Quadro 33 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do tipo de AVC. | 199 |
| Quadro 34 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do local de permanência após AVC. | 200 |
| Quadro 35 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e | |

| | |
|---|-----|
| da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do grupo etário. | 200 |
| Quadro 36 - Comparação de valores médios, nas Categoriase no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do sexo. | 200 |
| Quadro 37 - Comparação de valores médios, nas Categoriase no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do nível de escolaridade. | 201 |
| Quadro 38 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do valor do rendimento. | 201 |
| Quadro 39 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do tempo decorrido após AVC. | 202 |
| Quadro 40 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da percepção do estado de saúde. | 202 |
| Quadro 41 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do estado civil. | 203 |
| Quadro 42 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função das condições habitacionais. | 203 |
| Quadro 43 - Comparação de valores médios, nas Categoriase no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da relação familiar. | 203 |
| Quadro 44 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e | |

| | |
|--|-----|
| da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do índice de Massa Corporal..... | 204 |
| Quadro 45 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da intensidade da dor. | 204 |
| Quadro 46 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da tipologia de internamento. | 205 |
| Quadro 47 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da história prévia de depressão..... | 207 |
| Quadro 48 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do sexo. | 208 |
| Quadro 49 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do nível de escolaridade..... | 209 |
| Quadro 50 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do tipo de ajuda..... | 209 |
| Quadro 51 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do grupo etário..... | 210 |
| Quadro 52 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do estado civil. | 210 |
| Quadro 53 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função das condições habitacionais..... | 210 |
| Quadro 54 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da coabitação antes do AVC. | 210 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 55 - Comparação de valores médios, nas categoriase no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da relação familiar. | 210 |
| Quadro 56 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do nível socioeconómico..... | 211 |
| Quadro 57 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do tipo de AVC..... | 211 |
| Quadro 58 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do local de permanência após AVC. | 211 |
| Quadro 59 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do índice de Massa Corporal..... | 211 |
| Quadro 60 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da história prévia de depressão. | 211 |
| Quadro 61 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da intensidade da dor..... | 212 |
| Quadro 62 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da percepção do estado de saúde. | 212 |
| Quadro 63 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do tempo decorrido após AVC. | 213 |
| Quadro 64 - Comparação de valores médios, nas categoriase no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da tipologia de internamento..... | 213 |
| Quadro 65 - Comparação de valores médios, nas categoriase no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do valor do rendimento..... | 213 |
| Quadro 66 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do grupo etário..... | 215 |

| | |
|--|------------|
| Quadro 67 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do sexo..... | 215 |
| Quadro 68 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do nível de escolaridade. | 216 |
| Quadro 69 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do nível socioeconómico. | 216 |
| Quadro 70 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do valor do rendimento. | 216 |
| Quadro 71 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da intensidade da dor..... | 217 |
| Quadro 72 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do Índice de Massa corporal..... | 217 |
| Quadro 73 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da percepção do estado de saúde..... | 217 |
| Quadro 74 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da tipologia de internamento. | 218 |
| Quadro 75 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do estado civil..... | 218 |

| | |
|--|-----|
| Quadro 76 - : Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do tipo de ajuda..... | 219 |
| Quadro 77 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do local de permanência após AVC..... | 219 |
| Quadro 78 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do tempo decorrido após AVC..... | 219 |
| Quadro 79 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da história prévia de depressão..... | 220 |
| Quadro 80 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da condição habitacional. | 220 |
| Quadro 81 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da relação familiar..... | 221 |
| Quadro 82 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da tipologia de AVC. | 222 |
| Quadro 83 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da coabitação antes do AVC. | 223 |
| Quadro 84 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?” | 224 |
| Quadro 85 - Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com as pessoas que pode contar quando precisa de ajuda. | 224 |

| | |
|--|-----|
| Quadro 86 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se mais relaxado(a) quando está tenso(a) ou sob pressão?” | 225 |
| Quadro 87 - :Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com as pessoas com que pode contar a sentir-se mais relaxado..... | 225 |
| Quadro 88 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Quem é que o/a aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?” | 225 |
| Quadro 89 - Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com as pessoas que o aceitam totalmente. | 225 |
| Quadro 90 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa estar a acontecer a si?” | 226 |
| Quadro 91 - Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com quem pode realmente contar para se preocupar consigo. | 226 |
| Quadro 92 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?” | 226 |
| Quadro 93 - Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com quem pode realmente contar para se sentir melhor..... | 226 |
| Quadro 94 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Com quem é que pode realmente contar para o/a consolar quando você está muito preocupado/a?” | 227 |
| Quadro 95 - Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com quem pode realmente contar quando está muito preocupado..... | 227 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Físico-funcional – categoria Actividades Essenciais à Vida - AEVI) | 155 |
| Tabela 2 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Físico-funcional – categoria Actividades de Vida Complementares - AVIC) | 156 |
| Tabela 3 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Físico-funcional categoria Actividades de Vida Complexas - AVIComp) | 156 |
| Tabela 4 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Cognitivo-Motor) | 156 |
| Tabela 5 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Percepção Estado de Saúde) | 157 |
| Tabela 6 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Percepção de Bem Estar) | 157 |
| Tabela 7 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Percepção da Relação com os Outros) | 158 |
| Tabela 8 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Sentido de Autonomia) | 158 |
| Tabela 9 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Perspectivas Futuras)..... | 158 |
| Tabela 10 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Espiritual – categoria Religiosidade) | 158 |
| Tabela 11 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Espiritual – categoria Positividade no Sentido de Vida)..... | 159 |
| Tabela 12 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Social – categoria Status/papéis) | 159 |
| Tabela 13 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Social – categoria Relações de proximidade - subcategoria Percepção do Relacionamento Familiar) | 159 |
| Tabela 14 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Social – categoria Relações de proximidade – subcategoria Percepção do Relacionamento da Rede Social)..... | 160 |
| Tabela 15 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Social – categoria Relações de proximidade – subcategoria Percepção do Relacionamento com Serviços de Cuidados)..... | 160 |
| Tabela 16 - Resultados nos domínios categorias e subcategorias do PAMPI-AVC..... | 164 |

| | |
|--|------------|
| Tabela 17 - Resultados dos instrumentos padronizados | 166 |
| Tabela 18 - Resultados do estudo da correlação entre as categorias e subcategorias do PAMPI-AVC e os instrumentos padronizados | 169 |
| Tabela 19 - Caracterização sociodemográfica (n e %)..... | 172 |
| Tabela 20 - Caracterização socioeconómica (n e %) | 174 |
| Tabela 21 - Caracterização biológica e de saúde (n e %) | 176 |
| Tabela 22 - Presença e ausência de dor generalizada antes e após o AVC, (n e %) | 177 |
| Tabela 23 - Caracterização do estado da visão..... | 179 |
| Tabela 24 - Valores mínimos e máximos, média, mediana, desvio-padrão do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead), e do desempenho físico (SPPB)..... | 183 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 - Intensidade da dor no momento da recolha de informação (após AVC) | 178 |
| Gráfico 2 - Valores médios das categorias das actividades de vida e das actividades de vida globais do domínio Físico-funcional do PAMPI - AVC..... | 182 |
| Gráfico 3 - Valores médios das categorias e do global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC | 195 |
| Gráfico 4 - Valores médios da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21) | 197 |
| Gráfico 5 - Valores médios das categorias e do global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC | 208 |
| Gráfico 6 - Valores médios das categorias e subcategorias e do global do domínio Social do PAMPI-AVC | 214 |
| Gráfico 7 - Valores médios dos domínios e categorias e subcategorias do PAMPI-AVC | 229 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADFP - Associação para o Desenvolvimento e Formação Profissional
ADM - Amplitude do Movimento Articular
AFMP - Associação Fernão Mendes Pinto
AIVD - Actividades Instrumentais de Vida Diária
ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVD - Actividades de Vida Diária
CDEC - Centro de Desenvolvimento Educativo de Cantanhede - Lagoa
CMRRC-RP - Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais
CRC - Casa de Repouso de Coimbra
E.C.L. - Equipa de Coordenação Local
FM - Força Muscular
HAJC - Hospital Arcebispo João Crisóstomo
HTA - Hipertensão Arterial
IMC - Índice de Massa Corporal
INSN – SCMVNP - Irmandade Nossa Senhora das Necessidades – Santa Casa da Misericórdia Vila Nova de Poiares
LS – DV - LorSenior – Domus Vitae
MMSE - Mini Mental State Examination
N-GAG S.A. - Naturidade – Gestão de Alojamentos Geriátricos S.A.
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAMPI-AVC - Protocolo de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa após Acidente vascular Cerebral
QV - Qualidade de Vida
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SB - Solar Billadonnes
SCMA - Santa Casa da Misericórdia de Arganil
SCMP - Santa Casa da Misericórdia de Penela
SNC – Sistema Nervoso Central
TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é considerado como um processo dinâmico, fazendo parte do desenvolvimento normal da pessoa. A melhoria das condições gerais de vida associadas aos avanços nas ciências da saúde, levou a um aumento da esperança de vida, verificando-se que muitos cidadãos atingem idades avançadas.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012a), o envelhecimento da população é actualmente um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas, apresentando a tendência crescente do número de pessoas com mais de 65 anos, de forma generalizada em todo o território, deixando este de se caracterizar por um fenómeno localizado apenas no interior do país, traduzindo-se o índice de envelhecimento da população por um aumento do número de pessoas idosas de 102% em 2001, para 128% em 2011, significando que por cada 100 jovens existem 128 pessoas idosas, agravando-se, assim, o fosso existente entre jovens e pessoas idosas e, em termos regionais, o Alentejo e a região Centro são as regiões, que apresentam maiores índices de envelhecimento, 178% e 163%, respectivamente. O mesmo organismo (INE, 2012b), quanto à incapacidade funcional na população idosa, segundo o censo 2011, entende que esta condição assume particular importância, uma vez que cerca de 50% da população idosa apresenta muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das seis actividades do dia-a-dia (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender os outros/fazer-se entender).

A CIPE-versão1 (2006, p.53) preconiza envelhecimento como “Desenvolvimento Humano com as características específicas: processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada e estádios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras, ...”.

A perda de autonomia e de independência, como consequência das doenças crónicas, aumentam com o avançar da idade. Com a perda da sua independência e autonomia, as pessoas idosas, encontram-se assim dependentes de terceiros para a satisfação das suas necessidades fundamentais.

Paúl (2005,p.38) afirma que “A percepção da doença e das capacidades de cada um, ou seja, a auto-avaliação, que o sujeito faz da sua condição de saúde, corresponde a uma avaliação subjectiva e complexa dos indicadores biológicos percebidos”.

O processo de envelhecimento poderá estar relacionado com a interacção do envelhecimento biológico e das condições de saúde subjacentes, mas também de mudanças sociais.

Novo (2003) citado por Paúl, *et al.*, (2005), define o “bem-estar psicológico como a qualidade de funcionamento psicológico, o que incluirá a autonomia, o domínio do meio, as relações positivas com os outros, os objectivos na vida, o crescimento pessoal e a aceitação de si mesmo” (p.77).

Tornou-se imprescindível uma melhor avaliação, face às acções terapêuticas, a que as pessoas são submetidas. Actualmente deveremos estar despertos não só para a ausência de risco decorrentes de determinadas intervenções, mas, fundamentalmente, direccionados para a efectividade da sua avaliação.

O acidente vascular cerebral (AVC) poderá ser considerado uma síndrome neurológica, localizada numa área do encéfalo, em virtude de nos depararmos com uma complexidade de sintomas de deficiência neurológica.

A condição de saúde – AVC, não sendo exclusiva da terceira idade, assume uma maior prevalência neste grupo etário, colocando, assim, desafios particulares a que os prestadores de cuidados informais e formais têm de dar resposta.

Para as pessoas idosas acometidas de AVC, o restabelecimento da autonomia e da independência constituem o principal desafio, já que muitos se encontram numa situação de dependência no que respeita, por exemplo, à sua mobilidade (actividade motora).

A actividade motora é, por excelência, um foco com aspectos de saúde evidentes para a prática de enfermagem, a CIPE/ICNP (2005), entende como actividade motora “ um tipo de função com as características específicas: motilidade e movimento das partes do corpo envolvidas nos movimentos, servido e guiado pelas funções cerebrais” (p.32). Neste sentido, partindo da avaliação da actividade motora (avaliação diagnostica), poder-se-ão depreender implicações e alterações a partir das modificações identificadas (acção diagnostica) na pessoa idosa após AVC.

Neste sentido, o envelhecimento da população, torna-se cada vez mais uma preocupação crescente, pois a população de pessoas idosas aumentou consideravelmente nos últimos anos, apontando para que as pessoas idosas que sejam acometidas de AVC, futuramente, sejam abordadas de maneira diferente pelos profissionais de saúde.

Costa (1999, p.15), perspectiva que “...há em algumas Instituições uma certa racionalidade higiénica que não tem permitido validar com os nossos utentes idosos o

sentido dos cuidados que lhes são prestados, para que não sejamos fazedores de actos automáticos e rotineiros, mas capazes de responder a aspectos físicos, psicossociais e emocionais que são os dos doentes que ali estão e que se interessam pela própria saúde”. A mesma autora, ao fazer referência à dinâmica assistencial no contexto hospitalar, entende que esta se constitui na configuração de algumas lógicas, designando-as, como a individualização institucional, cuja consequência se objectiva na individualização e na fragmentação do doente e da doença (Costa, 2002).

Com a implementação da RNCCI, pretendeu-se otimizar as respostas de saúde e de apoio social com a perspectiva da continuidade de cuidados, tendo como foco a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, com o propósito da maximização possível da autonomia e da participação dos destinatários.

Neste sentido, (Stuck e col., 1993) citados por Botelho (2005, p.113) afirmam que “A avaliação da funcionalidade tem como objectivos identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e contribuir para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades”. A mesma autora conclui que “Uma atitude activa, a nível pessoal e de grupo de trabalho, conducente à implementação de uma avaliação habitual da funcionalidade dos idosos, poderá fazer a diferença para uma melhor preparação no acompanhamento preventivo e de reabilitação dos indivíduos à medida que envelhecem”(p.131).

Consideramos assim que ao promover os Cuidados de Enfermagem com essa missão e direcionalidade, as acções terapêuticas desenvolvidas pelo enfermeiro de reabilitação com a pessoa idosa após AVC, que se encontram a experienciar um percurso de reabilitação nos cuidados continuados em enfermagem, apontam para a compreensão do significado de viver a experiencia do processo de envelhecimento após a condição de saúde-AVC, conhecer os mecanismos, que afectam o ajustamento e o bem-estar por um lado e perspectivar estes, como momentos de oportunidade no accionar de recursos pessoais, sendo importante para a promoção máxima de independência possível, de acordo com o potencial motor e cognitivo de cada individuo e que, para que isso possa acontecer, será necessário atender aos conhecimentos, atitudes, valores e competências psicomotoras da pessoa idosa, garantido a sua inserção social na família e comunidade, responsável pelo sentimento de bem-estar biopsicossocial e espiritual da pessoa.

Neste estudo pretendemos estudar a actividade motora da pessoa idosa após AVC, no processo de reabilitação na RNCCI do distrito de Coimbra. Neste sentido, colocamos então duas questões centrais: I) Quais os contornos e especificidades da actividade motora da pessoa idosa após AVC?; II) Como podem as intervenções de enfermagem

contribuir para a melhoria da actividade motora da pessoa idosa acometida de AVC?, com os seguintes objectivos:

- Estudar que factores ligados à actividade motora mais influenciam o bem-estar da pessoa idosa após A.V.C.
- Estudar de que forma os domínios da actividade motora, físico, psicológico, espiritual, e social se interligam com o bem-estar da pessoa idosa após A.V.C..

Apontamos assim como finalidades desta investigação:

- Contribuir para uma maior e mais abrangente compreensão da pessoa idosa após A.V.C.;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa após A.V.C.

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes:

Parte I – Enquadramento conceptual e contextual, dividimos em cinco capítulos, sendo quatro referentes ao enquadramento conceptual e um ao enquadramento contextual, onde integrámos a revisão da literatura que sustenta o quadro teórico do estudo.

Parte II – Metodologias e estudos subsequentes, dividimos em quatro capítulos, sendo que no primeiro, enquadrámos os procedimentos metodológicos, a problemática, os objectivos e etapas de investigação; no segundo, num estudo (preliminar), com a finalidade de conhecer as dificuldades e expectativas relacionadas com a actividade motora na pessoa idosa após AVC na RNCCI, apresentamos o enquadramento metodológico (abordagem fenomenográfica) e os procedimentos inerentes a este tipo de estudo de natureza qualitativa, assim como a proposta de um instrumento de colheita de informação resultante deste primeiro estudo, comportando este, seis partes; no terceiro capítulo, estudo II, apresentamos o percurso metodológico com o propósito de testar a proposta inicial, avaliar as características psicométricas de fidelidade e validade do mesmo e a sua construção e validação na versão final do protocolo; no quarto e último capítulo, estudo III, sustentados na informação obtida no estudo anterior, caracterizámos a actividade motora e outros aspectos da vida das pessoas idosas após AVC, em algumas unidades de internamento da RNCCI no distrito de Coimbra.

Parte III - Discussão, Contributos e Conclusões, dividimos, em três capítulos. No primeiro abordamos os dados dos estudos efectuados, procurando realizar alguma discussão e emanar alguns contributos, relativamente à compreensão do fenómeno em estudo, apresentando no final algumas sugestões para novas investigações. No segundo capítulo, entendemos destacar alguns aspectos como desafios para a intervenção qualificante de enfermagem, finalizando, no terceiro capítulo com as sínteses

conclusivas, procurando neste recapitular a evidência reunida quanto à actividade motora da pessoa idosa após AVC, no percurso de reabilitação, em algumas unidades de internamento da RNCCI no distrito de Coimbra.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E CONTEXTUAL

A – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é, actualmente, um eminente fenómeno social, contínuo a nível global, tornando-se assim num indispensável desafio à sociedade.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), a proporção da população jovem (menos de 15 anos) diminuiu substancialmente (36%), enquanto o número de pessoas idosas aumentou, havendo um incremento de (140%) da população idosa (65 e mais anos). O mesmo organismo (2002), ao fazer o estudo da evolução demográfica, destacou que em 2001 (à data dos Censos), o Índice de Envelhecimento, ultrapassou pela primeira vez os 100 idosos por cada 100 jovens em 1999, e que a taxa de incidência por deficiência é mais elevada entre a população idosa (12,5%), fazendo também referência ao índice de envelhecimento da população com deficiência, que é de 5,5 idosos com deficiência por cada jovem com deficiência. Verificando-se assim uma importante transformação estrutural expressa na inversão das proporções da população jovem e da população idosa.

O mesmo Instituto (INE, 2008), considera que o envelhecimento da população se acentuou, verificando-se entre 2002 e 2007, o estreitamento da base e o alargamento do topo da pirâmide etária e faz referência ao aumento da importância relativa da população idosa (com 65 ou mais anos de idade) de 16,7% para 17,4%. Neste sentido, e face às alterações da estrutura etária da população, o índice de envelhecimento aumentou, passando de 105 para 114 indivíduos idosos por cada 100 jovens, no mesmo período. O mesmo organismo em 2007, ao fazer alusão ao índice de dependência total entre 1990 e 2006, referenciava o aumento de 20 para 26 pessoas idosas por cada 100 indivíduos em idade activa, cifrando-se a esperança média de vida à nascença em 2006 de 78,5 anos (75,2 anos para os homens e 81,8 anos para as mulheres). Considerando o decréscimo da população jovem, concomitantemente com o aumento da população idosa, o índice populacional de envelhecimento aumentará e, em 2060, residirão em Portugal 271 idosos por 100 jovens, mais do dobro, face ao valor projectado em 2009 (116 por cada 100 jovens) (INE, 2009).

Portugal, de acordo com os censos de 2011, apresentou uma esperança média de vida ao nascer de 79,2 anos. Quanto ao índice de longevidade este cifra em 79,20 - 74,0 anos para os homens e 80,57 para as mulheres, prevendo-se (2050) que as pessoas possam viver, em média, 81 anos (77,9 para os homens e 84,1 para as mulheres) (Portugal, 2012).

Face a estas projecções demográficas, estamos perante um fenómeno, o envelhecimento populacional, num processo de transição.

O envelhecimento populacional verifica-se igualmente a nível global. Em 2011, segundo projecções das Nações Unidas, o número de pessoas com 60 ou mais anos deverá quase triplicar e o número de pessoas com 80 e mais anos aumentará quase oito vezes, chegando a 402 milhões em 2050 e 792 milhões em 2100, dos quais, presentemente, cerca de metade vivem em países considerados em desenvolvimento. Na Europa, a idade média da população no mundo é projectada para um aumento de 29 a 38 anos entre 2011 e 2050 e de 38 a 42 anos entre 2050 e 2100, sendo esta considerada a região do globo com a população mais envelhecida, em que a média de idade é de 40 anos, podendo chegar a 46 anos em 2050 (United Nations , 2011).

A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa contemporânea. Portugal enfrenta, presentemente, uma realidade que, sendo comum à generalidade dos países europeus, só agora começa a ganhar um impacto social relevante: Baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com um aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população portuguesa (Paúl & Fonseca, 2005).

Na Europa dos 27 a expectativa média de vida ao nascer, em 2006 era de 75,8 anos para os homens e de 82,0 para as mulheres, existindo algumas desigualdades entre países e regiões. Em 2008, para os homens era de 76 anos, com uma projecção de 84,5 em 2060 e para as mulheres de 82,1 para 89 em 2060, podendo-se verificar uma convergência entre homens e mulheres quanto à expectativa de vida (European Union, 2010; European Union Commission, 2008).

A redução progressiva nas taxas de fecundidade, associadas a um aumento na esperança de vida são os principais responsáveis por esta mudança demográfica, representando impactos económicos e sociais a longo prazo.

Em Portugal, sustentados nas projecções de população residente 2008-2060, estas levam-nos à compreensão das mesmas, já que a tendência face ao envelhecimento demográfico se manterá, tendo em conta o cenário central, e neste sentido estamos perante um aumento considerável do peso relativo da população com 65 ou mais anos, quase duplicando (17,4% em 2008 para 32,3% em 2060) (INE, 2009), representando um desafio à sociedade em geral, que, através de uma reflexão conjunta, permita otimizar políticas de intervenção, face ao momento, em que vivemos com moderados recursos, no sentido de uma maximização da efectividade nas intervenções a implementar.

1.1 - ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL

O envelhecimento Individual é considerado como um processo, que se desenvolve ao longo do ciclo vital, com a sua inerente complexidade, permanecendo algumas dúvidas acerca dos mecanismos responsáveis pelo conjunto de variáveis, que o influenciam. A transição de pessoas idosas saudáveis em pessoas, que se tornam frágeis, desafiando os recursos adaptativos, face ao momento experienciado, compromete assim, o desenvolvimento humano e social. A diminuição das reservas funcionais, bem como os motivos que a ela levam, ainda não foram totalmente esclarecidos pela ciência contemporânea, apesar da existência de diversas teorias explicativas.

O envelhecimento é considerado como um processo, que influencia todas as estruturas do organismo com a particularidade de cada órgão e tecido ter um ritmo distinto a envelhecer, caracterizando-se por uma gradual incapacidade de manter as funções vitais o que é nocivo, considerando a fase final do desenvolvimento, que termina com a morte (Pinto e Botelho, 2009).

Como processo experimental subjectivo, em simultaneidade com o processo biológico, o envelhecimento pode ser conceptualizado, como a auto-regulação exercida através de decisões e escolhas para a adaptação ao processo de senescência, sendo inter-relacionáveis (Costa, 2002).

Birren (1995) entende o envelhecimento como um processo ecológico, um produto da interacção entre o organismo com uma marca de património genético e distintos meios físicos e sociais (acumulação de produtos de ocorrências aleatórias) (Oliveira, 2010a; Paúl, 2005).

Face à diversidade das concepções sobre o envelhecimento, os autores entendem que entre as múltiplas definições na literatura, a que melhor satisfaz é a de que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual existem alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, determinando a perda gradual da capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente, causando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que acabam por levá-lo à morte (Netto e Borgonovi, 1996).

Envelhecer poderá ser considerado como uma das marcantes conquistas sociais da humanidade, apresentando inúmeras características como um processo *universal* (processo natural, em que todo o ser humano nasce, cresce, desenvolve-se, envelhece e termina a sua existência terrena), *dinâmico* (contínuo – onde ocorrem variadas alterações durante o seu desenvolvimento acompanhadas pelos próprios desafios), *irreversível* (independente dos avanços verificados a vários níveis, não propicia, ainda a reversão do

fenómeno) e *heterogéneo* (singularidade, variabilidade de pessoa para pessoa e numa mesma pessoa de sistema para sistema), este processo dependerá da postura adoptada, modo como é percebido, tendo a cultura um papel preponderante na significação do envelhecer humano, pela pessoa ao longo da vida.

Significa, assim, que o processo de envelhecimento não poderá ser encarado como uma incompetência comportamental, muitas vezes secundado por estereótipos socialmente edificadas. O que acontece é que este processo poderá por vezes ser acompanhado por acometimento de uma qualquer condição de saúde, podendo apresentar reflexos na identidade da pessoa idosa, perspectivando assim, a dicotomização entre envelhecimento normal (senescência - primário) e o envelhecimento patológico (senilidade - secundário).

O primeiro, considerado como fisiológico, é universal e progressivo, e consiste no processo natural de envelhecimento expresso pelo conjunto de fenómenos associados a esse processo, alterações estruturais e funcionais, podendo ser influenciado por múltiplos factores, não se traduzindo numa condição de saúde – doença. O segundo está relacionado com a condição de saúde-doença, e pode levar a uma incapacidade progressiva para um desenvolvimento de uma vida saudável e activa (Silva, 2009).

A noção de envelhecimento e os comportamentos perante as pessoas idosas, têm vindo a alterar-se e reflectem, por um lado, o nível de conhecimento sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas (Paúl, 2005).

De um modo geral, o critério da idade (65 anos), deixou de constituir-se num bom critério, para se classificar a entrada na velhice, tornando-se contudo, a sua classificação útil porque permite, muitas vezes, simplificar o mundo social complexo, que nos rodeia, apesar do processo de categorização apresentar efeitos negativos no que concerne à homogeneização, deixando de atender às especificidades e singularidades das mesmas, traduzindo-se os limites como uma construção social, podendo variar de sociedade para sociedade (Marques, 2011).

Azeredo (2011), entende, que a forma como se envelhece e a diversidade na valorização, que é atribuída a este processo, depende mais das sociedades humanas do que da natureza, salientando o facto, de que quando envelhecemos organicamente, a noção da idade – idade cronológica, não faz sentido, já que esta apenas nos dá informação sobre o período histórico (nº de anos que a pessoa vive), mas não faculta indicações sobre o processo de desenvolvimento, não sendo considerado um bom critério no estudo do envelhecimento.

Tendo em conta a singularidade individual, as pessoas não envelhecem de modo semelhante.

De acordo com Schroots e Birren (1980), o envelhecimento apresenta três componentes: uma *componente biológica* (senescência – que resulta da vulnerabilidade progressiva, em que há maior probabilidade de morrer; *uma componente psicológica* (entendida como a capacidade de auto-regulação da pessoa, pelo tomar de decisões e de opções, adaptando-se ao processo de senescência; *uma componente social* (relativa aos papéis apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário) (Paúl e Fonseca, 2001; Paúl, 1997).

A componente biológica do envelhecimento considerado normal, conduz à diminuição de reservas funcionais do organismo, podendo ser observado em todos os aparelhos e sistemas, muscular, ósseo, nervoso, circulatório, pulmonar, endócrino e imunológico, todavia, de maneira heterogénea (Vandervoort, 2000). A este propósito, Paúl (1997), sustentada na opinião de Birren e Cunningham (1985), entende que o crescimento e o envelhecimento nunca são um produto exclusivo de um único conjunto de determinantes. Muitas pessoas podem alcançar idades avançadas com um bom nível de saúde e sem apresentarem alguma situação de saúde considerada como crónica; outras existem em que a ocorrência de uma doença crónica, não compromete a sua autonomia e independência na gestão das suas actividades do dia-a-dia.

A condição de saúde alterada – doença aguda/crónica, provavelmente, poderá levar a limitações funcionais conduzindo assim a circunstâncias significativas de incapacidade antes inexistentes.

Nas pessoas idosas portadoras de múltiplas condições de saúde, somam-se os efeitos das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento normal, assim como as modificações funcionais produzidas pela presença das condições de saúde acometidas concomitantemente, existindo graus variáveis de interacção entre os processos traduzindo-se, em algumas circunstâncias, em acções deletérias muito acentuadas (Netto, 2006).

A transição da saúde para a doença é uma experiência desagradável e, com frequência, incómoda para a maioria das pessoas. As suas apreensões e ansiedades alteram-se fundamentalmente, incidindo sobre a doença e o efeito, que ela possa ter nas suas actividades diárias, no seu trabalho e na vida da sua família.

A Organização Mundial de Saúde (1948) define saúde como “um estado de completo bem-estar total, físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (Simões, 2006, p.29). A este propósito, Simões (2006) e Ribeiro (2005),

referenciam que a definição de saúde se acentua pela positiva, entendendo que para além das componentes individuais existe a presença de não menos importantes, determinantes culturais e sociais. Boa saúde e bem-estar implicam adaptação permanente. A ausência no ajustamento eventualmente resulta em doença. As modificações na saúde e doença podem ser clarificadas num *continuum* saúde-doença, em que não há uma ocasião exacta onde finaliza a saúde e se inicia a doença.

“A saúde é um factor decisivo para o desenvolvimento humano, um domínio fundamental na vida de cada indivíduo ao longo de todo o seu ciclo de vida” (p.81). A saúde sob o ponto de vista desenvolvimental refere-se a dois processos relevantes: o processo de desequilíbrio (reacção de estimulação, que o organismo deve receber) e os processos homeoréticos/adaptativos (reacções adaptativas à estimulação) (Ribeiro, 2005).

Neste sentido a saúde, reporta-nos para a reflexão da importância da avaliação e promoção da saúde das pessoas idosas e, indubitavelmente, para a sua qualidade de vida/bem-estar numa perspectiva de actuação multiprofissional com acções interdisciplinares, garantindo a dignificação da pessoa idosa, maximizando o nível de qualidade de vida/bem-estar, tendo em conta as suas potencialidades, na perservação da sua autonomia e independência e consequentemente a conservação da capacidade adaptativa com o foco na idade funcional.

1.2 - AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA

Assim, depende da preservação da sua capacidade de determinação e do respeito pelas suas opções de vida, de forma a que possam viver pelos seus próprios meios ou facilitando-lhes o acesso à cooperação em caso de necessidade, perspectivando as suas potencialidades, criando condições, com o propósito de determinar livremente sobre os seus modos de vida, de se realizarem e de serem felizes, porque as alterações, que se possam confirmar, poderão ser acompanhadas com potencialidades (Farinatti, 2008).

O mesmo autor advoga que as ideias de promoção da saúde pretendem que, além das limitações impostas por constrangimentos particulares, podem ser históricas ou culturais, e que a vontade à autodeterminação, seja comum a todos, sendo consideradas prioritárias as acções de saúde, que garantam os requisitos para o seu exercício. Neste sentido o conceito de autonomia reveste-se de uma amplitude de sentidos, como justiça, liberdade de expressão, relações interpessoais, realização pessoal ou direitos humanos. O referido autor propõe um modelo de interacção saúde-autonomia, estabelecendo três níveis de expressão de autonomia, distintos e interligados: *Uma autonomia de acção*, que incorpora a noção de independência física, tendo a possibilidade, sem constrangimentos de ordem física nem obstáculos materiais, de desfrutar de uma autosuficiência,

permitindo-lhe assim, satisfazer as suas necessidades e desejos – dimensão física; *Uma autonomia de vontade ou de intensão*, adequada às possibilidades de autodeterminação, a adopção de uma actividade concretizada através de uma decisão livre e a acção concreta, uma escolha sem influências nem pressões coersivas, representando um resultado como a manifestação de uma intenção; *Uma autonomia de pensamento*, a consciência, que permite avaliar uma situação qualquer, implicando apreciações ponderadas, permitindo assim um pensamento crítico. Neste sentido, a autonomia possui componentes cognitivos, afectivos, que se manifestam num contexto físico e social específico, não podendo ser entendidos à margem dessas dimensões, dependendo assim da interacção de todos os aspectos. Ora, se a autonomia é um fenómeno multidimensional, em que a sua apreciação deve ser alcançada segundo um esquema adaptativo da pessoa no seu meio ambiente físico e social, traduzindo-se esta como uma circunstância de bem-estar verdadeiro e considerada de importância para a qualidade de vida, então toda a actividade com a intenção de apreciar e estimular a autonomia da pessoa idosa, deveria ter como permissa três questões fundamentais: Qual o desempenho no seu dia-a-dia; esse desempenho é em prol das características das potencialidades existentes; e, quais os seus desejos em termos de projectos de saúde e de vida (Farinatti, 2008).

No âmbito do domínio da enfermagem, o fenómeno do auto-cuidado como resposta humana é abordado tendo a perspectiva de interacção entre a pessoa/ambiente, apresentando-se de inegável valor para a saúde e bem-estar das pessoas.

Petronilho (2012), entende como conceito central da enfermagem, o auto-cuidado, e este, como um processo de manutenção da saúde e gestão da doença, através de acções consideradas positivas, providenciando um papel essencial na saúde das pessoas, tendo uma relação directa com os resultados clínicos.

Neste sentido os profissionais de enfermagem, centram as suas acções terapêuticas, na Teoria de Enfermagem do Défice de Auto-cuidado de Dorothea Orem.

Esta teoria é revelada em três teorias inter-relacionadas: I) teoria do auto-cuidado; II) teoria dos défices de auto-cuidado; III) teoria dos sistemas de enfermagem (Silva, 2011). Orem (2001), quanto à teoria do auto-cuidado, descreve e explica as razões pelo qual o auto-cuidado – sistema de acção é essencial para vida, saúde e bem-estar das pessoas, sendo este reconhecido como uma habilidade humana, estando a sua realização interligada às condições presentes ao ser capaz de o realizar por si e para si própria, categorizando e denominando como conceito secundário de exigências terapêuticas - requisitos de auto-cuidado (*universais* – estes associados aos processos de vida,

manutenção da estrutura e do funcionamento humano, compreendidos estes como as actividades de vida, perspectivando assim o direito à sua autonomia; *de desenvolvimento* - referentes a eventos ou situações novas *de desvio da saúde* - relativos aos cuidados e tomadas de decisão com o propósito de controlo, recuperação e reabilitação).

Relativamente à teoria dos défices do auto-cuidado, determina quando a enfermagem se torna necessária e indispensável devido às limitações existentes, adequando os enfermeiros a sua acção, fornecendo orientações à pessoa, já que esta necessita da selecção e aquisição de habilidades para as integrar no processo de cuidados.

Quanto à teoria do sistema de enfermagem, esta relaciona-se com o facto de as pessoas apresentarem limitações de auto-cuidado, necessitando de cuidados de enfermagem, reconhecidos como um conjunto de acções deliberadas com o foco nas necessidades e acções dos mesmos. Nesta teoria são identificadas três classificações I) *totalmente compensatório* (a pessoa é incapaz de se envolver nas acções de auto-cuidado, apoio total por parte do enfermeiro), II) *parcialmente compensatório* (a pessoa é capaz de realizar algumas actividades, prestando o enfermeiro apenas apoio suplementar quanto ao que não consegue realizar), III) *apoio e educação* (relacionado ao facto de as pessoas se encontrarem em determinados contextos sob orientação e assistência no sentido de cooperar face às limitações, para que seja capaz de aprender e realizar acções de auto-cuidado terapêutico) (Orem, 2001; Silva, 2011).

1.3 - QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

O conceito de qualidade de vida foi definido pela OMS durante o seu projecto de desenvolvimento de um instrumento para medir tal variável (WHOQOL) como: “*A percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação às suas expectativas, aos seus padrões e suas preocupações*” (p.44), entendendo a OMS, que o WHOQOL não fornecia uma medida objectiva, do nível de mobilidade por ex., mas refletia como a pessoa compreendia a sua mobilidade e o quanto estava satisfeito por esse motivo (Chatterji e Bickenbach, 2008).

Estes autores consideram que o conceito de Q.V. deve restringir-se à mensuração ou à satisfação subjectivas com um conjunto de domínios específicos, que são percebidos como os mais importantes pelas pessoas em geral, entre os quais a saúde, relações pessoais, capacidade de realizar actividades diárias, condições de vida, vida pessoal e social.

Este conceito é qualificado pela *subjectividade* (é algo intrínseco, com uma composição subjectiva – avaliada pela própria pessoa), *multidimensionalidade* (envolve múltiplas

dimensões pelo menos três fundamentais – Física, Psicológica e Social) e *bipolaridade* (representando tanto as dimensões positivas, quanto as negativas) e neste sentido a qualidade de vida relacionada com a saúde (mais circunscrito ao âmbito da pessoa) direciona-se para a repercussão do estado de saúde na função ou na habilidade da pessoa e à sua compreensão de bem-estar nos domínios fundamentais da existência – Físico, Mental e o Social (Dias, 2009).

A introdução do conceito da qualidade de vida na área da saúde, foi reconhecida pela alteração do modelo de abordagem das questões relativas à saúde, passando-se de uma ênfase sustentada em termos biomédicos, para uma abordagem mais focalizada na perspectiva biopsicossocial, passando-se do ponto de vista de resultados, para a melhoria do bem-estar geral, isto relativamente às doenças crónicas (Paúl, Fonseca, Martín e Amado, 2005).

A qualidade de vida é considerada como um fenómeno diferenciado, sendo descrito como um conceito multidimensional em que são tidas em conta as características de diversos domínios, tais como critérios biológicos, psicológicos e sociais, desfrutando das relações relativas ao passado, presente e futuro com o ambiente físico e social, levando em conta os valores, quer de âmbito pessoal, quer social, no que diz respeito ao que é normal e o que é considerado como desejável ou ideal relativamente ao bem-estar objectivo e subjectivo. No conceito existem três elementos centrais, sendo o primeiro o de que a Q.V. na velhice é dependente de muitos elementos em interacção, o segundo ela é um produto de uma história interacional que se vai circunscrevendo à medida que as pessoas e as sociedades se desenvolvem; por último, a avaliação da Q.V. envolve comparações com *critérios objectivos* (investigados por observadores externos tendo em conta parâmetros aprendidos e replicáveis) e *critérios subjectivos* (certificados por forma indirecta sustentados em relatos das pessoas, assim como nos pareceres, que vigoram no grupo de pertença) (Neri, 2001).

A mesma autora, tendo em conta a multidimensionalidade dos conceitos estruturais da avaliação da Q.V. na velhice e remetendo esta para critérios intrapessoais e socionormativos, sustentados na interacção pessoa-ambiente e temporalidade, aborda um modelo amplamente conhecido, o de Lawton (1991), configurando-se este em quatro dimensões conceptuais: *Competência comportamental*, (no qual clarifica a avaliação socionormativa do funcionamento da pessoa no que se reporta à saúde, funcionalidade física, cognição, comportamento social); *Condições ambientais*, (relação directa entre esta condição e a Q.V.) que permitem às pessoas idosas desempenharem comportamentos quer do âmbito biológico quer psicológico de forma adaptativa, existindo uma relação directa com o bem-estar percebido, tendo este que estar em consonância

com as capacidades físicas e com as competências comportamentais); *Qualidade de vida percebida*, (dimensão que compreende uma dimensão interna, tendo em conta a avaliação subjectiva elaborada pela pessoa relativamente ao seu funcionamento nos domínios das competências comportamentais – controlo percebido, Bandura (1997), designou por crença de auto-eficácia, sendo um mecanismo de auto-regulação do *self*) e o *bem-estar subjectivo* (os indicadores objectivos existentes não representam integralmente a experiência de Q.V., sendo necessário dirigir-se às pessoas, ouvindo delas qual o seu entendimento da vida, levando o investigador a reflectir sobre o domínio das percepções, expectativas, sentimentos e valores das mesmas, apresentando as avaliações a este nível, uma natureza da continuidade do *Self*) (Neri, 2001).

Quanto a esta última dimensão conceptual, a autora entende que este domínio reflete a avaliação individual integrada e a dinâmica das relações precedentes (*competência comportamental, condições ambientais e qualidade de vida percebida*), representam o bem-estar subjectivo, não emergindo este da junção das competências, das possibilidades e satisfações, havendo três configurações centrais na avaliação do bem-estar subjectivo, já que este; I) pertence ao campo de acção privada; II) as avaliações incluem tanto avaliação genérica, como individuais, tendo como domínios a saúde física e cognitiva, espiritualidade, relações sociais e familiares; III) tendo em conta as avaliações cognitivas e emocionais estas contemplam a satisfação global com a vida e a satisfação ao nível de domínios eleitos, nestas, as mais comuns são as avaliações efectuadas ao nível emocional ou afectivas tendo como premissa valores positivos e negativos, permitindo assim mesmo, na presença de dependência a continuidade do *self*, desenvolvendo estratégias compensatórias de natureza emocional para a manutenção do equilíbrio.

Novo (2005) referenciado por Oliveira (2010a), entende haver alguma confusão terminológica em redor do bem-estar, pretendendo fazer a distinção entre bem-estar subjectivo (mais passivo) e o bem-estar psicológico (mais activo ou fruto do esforço da pessoa no decorrer do seu desenvolvimento), já que podendo discordar-se desta diferenciação, na essência, todo o bem-estar é subjectivo (como cada pessoa o compreende e vive) e também psicológico (como cada pessoa entende que vale a pena disputá-lo, considerado desta forma subjectivo). Independentemente, ao nível do subjectivo – sentido hedonista da felicidade (prazer pelo prazer, como única coisa boa), ou o psicológico – sentido eudaimónico (referente à virtude/esforço - não devido ao prazer, mas devido ao seu valor), perspectivando assim duas concepções de felicidade, que não sendo oponentes, correlacionam-se positivamente, embora se trate de coisas diferentes. Neste sentido, entende, quanto à adjectivação, que o “bem-estar psicológico” inclui, de alguma forma, o aspecto emocional e mesmo o social, sendo mais importante

distinguir entre bem-estar psicológico (saúde psíquica) e bem-estar físico (saúde física) (Oliveira, 2010b). O mesmo autor referencia o estudo de Ryff (1989), em que analisa seis tópicos, que no seu conjunto se entende por felicidade, numa perspectiva menos filosófica e mais psicológica e que, habitualmente, estes são mencionados como indicadores de maturidade e de equilíbrio psíquico, como: *I) Auto-aceitação; II) Relações positivas com os outros; III) Autonomia; IV) Controlo do ambiente; V) Projecto de vida; VI) Crescimento pessoal*. Ao estudarem novamente esta estrutura psicológica do bem-estar – felicidade, Ryff e Keyes em 1995, concluíram que este modelo apresentou boas perspectivas para o entendimento do bem-estar, contrariamente a outro estudo, Schmutte e Ryff (1997), em que, ao analisar as diversas interacções entre estes factores e outras variáveis como neuroticismo, extroversão, consciência e concordância, concluíram que o bem-estar psicológico e as relações com os factores de personalidade poderão ser mais complexas comparativamente aos estudos efectuados anteriormente (Oliveira, 2010b).

Rabelo e Néri (2006), efectuaram um levantamento de estudos nacionais e internacionais realizados entre 1996 e 2005, que relacionassem bem-estar subjectivo, senso de ajustamento e acidente vascular cerebral, com o propósito de identificarem variáveis mediadoras da relação em pessoas idosas, concluindo, pela análise dos estudos transversais e prospectivos, que as pessoas acometidas de AVC, apresentam menor bem-estar subjectivo em relação à população geral, considerando factores que podem melhorar o bem-estar subjectivo e psicológico como: boa capacidade cognitiva, suporte social efectivo, continuação de uma actividade produtiva, humor positivo e manutenção da competência em actividades instrumentais de vida diária; contrariamente, os factores que poderão piorar o bem-estar (subjectivo e psicológico) são incapacidade funcional, déficits cognitivos, depressão, dificuldade em restabelecer a identidade e restrição à possibilidade de desempenhar actividades e papéis e que tanto os profissionais de saúde como as pessoas idosas acometidas de AVC ao terem conhecimento das implicações psicológicas após AVC, permite-lhes promoverem recursos quer pessoais quer sociais no sentido de dar resposta aos desafios colocados pela condição de saúde-AVC.

Face às interacções perceptíveis ao nível das diversas dimensões da existência humana, tendo em conta alguns modelos existentes para a avaliação da Q.V./bem-estar, as formas diversificadas como as pessoas idosas as experienciam de acordo com significados, quer sejam culturais, quer sociais, estas tornam-se preponderantes devido ao comportamento adoptado pelas mesmas, face às alterações ocorridas quer focalizados no processo de envelhecimento (senescência), quer no processo de envelhecimento associado a condições de saúde, repercutindo-se em elevada variabilidade de atitudes e níveis diferenciados de qualidade de vida/bem-estar.

2 – ACTIVIDADE MOTORA

Nas fundamentações mais actuais, as desvinculações entre corpo e psiquismo, ou entre organismo e pensamento/emoção são artificiais e esboçam apenas alguma utilidade metodológica. Quer nos debrucemos sobre a corporalidade, quer nos contenhamos na reflexão sobre configurações psicológicas da pessoa, sempre teremos que o seu SER é imperfeito na relação com o mundo. A existência humana é um processo perseverante de trocas com o meio ambiente (Morais, 2006).

O mesmo autor entende que se do Ser da pessoa focalizarmos em primeira instância o seu corpo, de imediato constatamos que a dimensão ôntica deste, a que o faz ser em si mesmo, no que é e como é. Este abstraído da dinâmica relacional. Poderemos reconhecer que os corpos são constituídos para o movimento e para as relações significativas, levando-nos a uma reflexão quanto às capacidades e incapacidades do corpo relativamente ao mundo no qual se situa (eficiência /constrangimento).

Todavia, o entendimento de que a vida humana não se circunscreve à verdade lógica, mas à verdade ôntica, pois não é a mesma coisa ser detentor de conhecimento e viver a experiência (Sérgio, 1994).

No quotidiano imediato de qualquer pessoa, todos nós existimos, porque permanecemos neste universo mediante a nossa presença corpórea e/ou organismo, existimos graças à intervenção dos nossos corpos, na interacção com o mundo, que nos rodeia através dessa mediação, mas sendo o homem um ser simbólico, não podemos fugir das reflexões, que nos remetem para múltiplos sentidos, um dos quais de que a percepção é a função ou a consequência mental de representar e apreender objectos, seres e relações; é a consciência do meio ambiente pelos sentidos e a crescente consciência de si (Morais, 2006; Gonçalves e Coelho, 2001).

Verdadeiramente, a estrutura motora não pode ser separada da estrutura psíquica, e esta não pode ser dissociável do mundo exterior, da realidade, da organização ou do conjunto de estímulos em presença, isto é, do planeamento sensorial e mental que lhe é intimamente inerente. O psíquico e motor não são uma inferência linear um do outro, são complementares, interdependentes e dialéticos, da mesma integridade sistémica, encarando o corpo e a motricidade como constituintes fundamentais da estrutura psicológica do Eu, na medida em que é na acção que o mesmo toma consciência de si próprio e do mundo (Fonseca, 2001).

Quando se designa uma actividade como motora, estamos a direccionar o foco para o empenho de uma pessoa numa dada actividade com um predomínio motor e com um fim

concreto, traduzindo-se essa actividade na mediação entre o sujeito e o envolvimento (Rodrigues, 2006).

Este autor, sustentado na perspectiva de Leontiev, sendo esta bem distinta, advoga que a actividade não é centrada no indivíduo, mas é um meio de transação, de interação entre a pessoa e o mundo que a rodeia, entendendo que a expressão “*Actividade Motora*” emerge como a mais adequada, na qual a concepção, que o Motor é a “expressão motora de um comportamento”, tendo esse comportamento influências múltiplas e diversificadas, exprimindo-se de maneira unificada através de uma acção motora e que ao representar um acto como uma “*Actividade Motora*”, assume-se que a pessoa na sua singularidade como um ser complexo, a acção, que dela observamos, é a expressão dessa complexidade (Rodrigues, 2006).

A actividade motora é de inegável importância no desenvolvimento global da pessoa, considerada como a interacção de diversas funções motoras, pela qual desenvolve a consciência de si e do mundo exterior, logo as competências de desempenho contribuem para a consecução da sua independência, na sua vida do quotidiano e no seu ajustamento social. Quando tal se verifica, munida esta das suas potencialidades, ao movimentar-se, permite-lhe descobrir o mundo e conseqüentemente será uma pessoa feliz e adaptada ao contexto em que está inserida. O controlo motor, possibilitará à pessoa explorar o mundo exterior, vivendo experiências corpóreas, sobre as quais edifica as noções essenciais para a manutenção e para o enriquecimento social, emocional, físico, espiritual e intelectual (Neto, 2009).

2.1 - MOVIMENTO CORPORAL

O movimento encerra em si mesmo a sua verdade, tem sempre uma direcção significativa em função da satisfação das necessidades, que o meio envolvente propicia.

O movimento é determinante não só quanto às actividades essenciais, como se alimentar, se vestir, e outras, mas também para alcançar a satisfação das necessidades psicossociais, que envolvem a qualidade de vida com a consequente manutenção da autonomia e independência. (Kauffman e Jackson, 2001)

O movimento e o seu fim formam uma unidade, passando pelas sucessivas evoluções, projectando-se sempre frente à satisfação de uma necessidade relacional. Essa mesma conexão aperfeiçoa-se constantemente, como consequência de uma diversidade crescente das estruturas integradas da pessoa (Neto, 2009).

O movimento é a única apresentação observável da atitude e indica as particularidades de um membro específico ou de um conjunto de segmentos corporais. Movimentos com

especificidades diversas, podendo ocorrer para um semelhante comportamento que é concebido (Alouche e Silva, 2009).

O potencial dos procedimentos realizados no nosso quotidiano remete-nos para a necessidade de entendimento dos processos de percepção do corpo e da elaboração de processos mentais como componentes integrados em contínua reedificação, o que na maioria das vezes *“o corpo não é descoberto nas suas capacidades de aprender/sentir e encontra-se excluído como potencializador nas estratégias de experiências quotidianas da maioria das pessoas”* (Gonçalves e Coelho, 2001, p.127).

Os mesmos autores entendem que *“corpo e/ou corporalidade”* não significa unicamente a singularidade pessoal, mas um sistema de complexidades e inter-relações consigo e com os outros, evidenciando para isso a necessidade para a edificação do sujeito, de um outro e de um meio, já que estar vivo compreende, fundamentalmente, a interacção de corpo internamente consigo mesmo e com o seu mundo envolvente, afirmando que apesar da presença de um corpo “geral” caracterizável a partir de certos dados, também existe um “corpo concreto” individual, que se constrói a partir da sua história e que necessita de entendimento e adequação (Gonçalves e Coelho, 2001).

O corpo é constituído por muitos sistemas, que actuam de forma a manter o seu equilíbrio, entendido este como um processo dinâmico pelo qual o organismo conserva e controla o seu ambiente interno na presença de perturbações por forças externas (Riemann e Lephart, 2002, cit. Alouche e Sá, 2009).

O corpo, em função de modelos e parâmetros estéticos cada vez mais rígidos, com o passar do tempo pode tornar-se num hostil aliado, se não for bem estimado. O aumento de doenças crónicas, co-morbilidades e outras condições podem ser responsáveis pelo distanciamento de uma percepção apropriada desse corpo (Laham e Aranha, 2009).

À medida que o corpo real apresenta transformações importantes, poderá acontecer um gradual comprometimento da identidade, pois a relação com o corpo funciona como intermediário entre a nossa psique e o mundo externo e é a partir dele que nos apresentamos ao outro e ao que nos rodeia, e nos expomos conforme nos reconhecemos (Schlindwein-Zanini, 2009; Laham e Aranha, 2009).

A harmonia, em termos motores, representa a interacção entre a pessoa, a actividade e o ambiente no desenvolvimento de uma coordenação para a acção, dependendo esta de um contínuo entre percepção e acção (Turvey, 2004, cit. Alouche e Sá, 2009).

O esquema corporal, também reconhecido por imagem corporal, traduz-se na representação mental do corpo no tempo e no espaço, em que as representações de si mesmo em relação ao contexto onde se insere, considerado como esquema não

consciente, possibilita a localização de objectos no espaço, fornecendo informações necessárias no planeamento das trajectórias efectuadas de um local para outro (Lundy-Ekman, 2008). A mesma autora, ao referenciar a importância da harmonia entre o encéfalo, o corpo e o ambiente, remete-nos para a interpretação das sensações, atribuindo significado, ao qual designa por percepção, envolvendo esta a memória de experiências anteriores, a motivação, as expectativas, com o propósito de procura activa de informação sensorial pertinente.

O movimento revela-se um elemento importante na capacidade de uma pessoa interagir com o ambiente e fazer o seu ajustamento, propícia, sendo dinâmico, transformações da sua capacidade com o desenvolvimento, a condição de saúde e outras diversas dimensões, apresentando este de um ponto de vista Holístico (plural) parâmetros físicos, cognitivos, sociais, espaciais, temporais e ambientais, traduzindo-se assim, a sua funcionalidade através do desempenho das AVD e AIVD, como medidas que incorporam o ambiente, competência comportamental, interacção social para além das acções físicas (Hoeman, Lyszner, e Alverzo, 2011).

Indubitavelmente que o estudo do processo de envelhecimento é multidimensional, envolvendo o declínio da qualidade e da quantidade dos movimentos focalizado num conjunto de factores, que podem ter um contributo no desempenho sensório-motor da pessoa idosa.

As alterações causadas pelo processo de envelhecimento estão relacionadas com os aspectos funcionais e psíquicos do corpo humano. Estas poderão apresentar configurações, que envolvem inputs sensoriais e reacções (automáticas, reflexas e voluntárias) motoras e que envolvem as diversas funções cognitivas, considerando que a execução relativamente estável de comportamentos motores e a diminuição da variabilidade intraindividual é geralmente obtida pela prática com repetição, tendo em conta o seu desenvolvimento e a experiência. A diminuição da frequência na execução de actividades não impossibilita a pessoa idosa de realizar as actividades quotidianas fundamentais. Mas uma das características relevantes no processo de envelhecimento é o declínio da capacidade funcional. Força, equilíbrio, flexibilidade, agilidade e coordenação motora, variáveis estas, que são afectadas directamente por alterações neurológicas e musculares (Meireles, *et al.*, 2010; Scalise-Smith e Umphred, 2010).

Os diversos sistemas orgânicos suportam inúmeras perdas funcionais decorrentes do processo de envelhecimento. O nível funcional global do organismo, em pessoas sedentárias, habitualmente atinge o seu limiar superior, por volta de 25 a 35 anos de idade, período após o qual começa um declínio da capacidade funcional geral de forma

subtil até aos 40 anos, caracterizando-se desde então por uma diminuição mais relevante e pronunciada do nível funcional geral. (Pires, 2007)

Face à diversidade e importância das interações entre os sistemas essenciais, no sentido da independência funcional durante as actividades quotidianas e as suas condições de saúde, elas poderão ser influenciadas ou determinadas por algumas modificações associadas à função muscular, à flexibilidade e mobilidade, tendo repercussões importantes na qualidade de vida e na preservação da sua funcionalidade, perspectivando assim as alterações, quer devido ao processo de envelhecimento, quer às limitações determinadas pela condição de saúde-AVC.

Nesta situação a complexidade é crescente, quando pessoas idosas apresentam alterações na sua funcionalidade em virtude da presença das alterações fisiológicas relativas ao processo de envelhecimento poderem ser exacerbadas pelas manifestações clínicas relativas à condição de saúde-AVC.

Neste sentido, é importante a interacção entre os sistemas nervoso e músculo-esquelético para satisfazer os requisitos necessários, quer do meio interno, quer do externo, na abordagem da pessoa idosa com alterações no movimento, tendo como foco o controlo neuronal, as condições biomecânicas necessárias para a execução de uma actividade e as prováveis limitações ao nível do SNC em ambos os sistemas.

A neuroplasticidade pode ser conceptualizada como a alteração adaptativa na organização e função do sistema nervoso, em resposta à actividade dos ambientes interno e externo, ou como consequência de lesões, que afectam o ambiente neuronal (Pires, 2009). A autora considera ainda que as interações entre os efeitos considerados negativos relativos ao processo de envelhecimento com os processos de plasticidade, considerados estes como positivos, tendo em conta ambientes enriquecidos e actividade física direccionada, poderão representar um grande contributo para a melhoria das actividades motoras e cognitivas, que se encontram alteradas na pessoa idosa, considerando que a inactividade e o desuso poderão intensificar as alterações estruturais e neuroquímicas, promovendo assim o declínio sensorial, motor e cognitivo.

Borella e Sacchelli (2009), entendem que a neuroplasticidade é a capacidade de adaptação do sistema nervoso, com relevo para os neurónios, tendo em conta as mudanças nas condições do ambiente no dia-a-dia das pessoas e que a reorganização neural têm como objectivo preliminar a recuperação neural, facilitando assim a recuperação da função, podendo esta ser influenciada pela experiência, comportamento, prática de actividades como resposta a lesões cerebrais. As mesmas autoras entendem que a aprendizagem de determinada actividade ou a prática da mesma, desde que esta

não se configure como uma simples repetição de movimentos, incute mudanças plásticas e dinâmicas ao nível do SNC, logo o treino motor promove neurogenese, sinaptogenese, angiogenese, modulação pré e pós sináptica entre outros, contribuindo assim, para resultados positivos na recuperação.

As pessoas acometidas pela condição de saúde-AVC apresentam invariavelmente constrangimentos ao nível da sua funcionalidade, podendo apresentar alterações ao nível das reacções de equilíbrio, repercutindo-se estas pela instabilidade e assimetria em várias posições, quer relativamente à transferência de peso para o lado acometido, quer às dificuldades no recrutamento muscular e ao aumento de instabilidade postural, consequentemente dificuldade de manter uma postura adequada, já que na pessoa hemiparética, o centro de gravidade desloca-se e altera a base de sustentação, estabelecendo assim uma condição de desequilíbrio e instabilidade, impossibilitando a orientação e a estabilidade para efectuar movimentos com o tronco e os membros, dificultando ou inviabilizando a execução de determinadas actividades no seu dia-a-dia (Barcala, *et al.*, 2011; Escarcel, Muller e Rabuske, 2010).

Assim, o controle postural apresenta-se com uma inerente complexidade e, neste sentido, a sua compreensão relativamente à natureza do movimento é relevante. É através do controle postural, que poderemos entender como o sistema nervoso central organiza a interacção dos músculos e articulações durante o movimento funcional e coordenado, dando resposta às informações sensoriais obtidas no sentido de seleccionar e controlar o movimento e a postura, tornando-se a sua análise uma prioridade no que concerne às pessoas com comprometimento neurológico – condição de saúde AVC.

Os três sistemas considerados responsáveis pela manutenção da posição em pé são os sistemas visual, somatossensorial (proprioceptivo) e o vestibular. Todos estes sistemas podem ser responsáveis, devido a uma intrincada contribuição multissensorial, dependendo os mesmos do contexto e da actividade funcional a ser realizada. Nenhum deles de forma isolada conseguirá circunscrever directamente a posição do centro de gravidade do corpo, havendo a necessidade de existir um “*feedback*” combinado entre eles (Brody, 2001).

O sistema sensorial recebe inúmeras informações, que são remetidas ao cérebro, onde são interpretadas e deste modo, um dos sistemas, que o compõem é o sistema visual, tornando-se este fundamental na aquisição do conhecimento sobre o mundo exterior e tendo, como utilidades principais, a observação de objectos móveis ou imóveis, a manutenção de uma postura adequada e a percepção da pessoa quanto à sua própria posição no espaço (Fox, 2001).

A ideia de que a visão é importante não apenas na aquisição de informação sobre o mundo que nos rodeia, mas também no sentido de guiar o movimento corporal e o controle dos movimentos oculares, é reforçada por Lundy-Ekman (2008). A mesma autora, relativamente à visão aborda quatro aspectos essenciais, sendo eles quanto às *informações transmitidas da retina para o cortex*, o destino cortical das informações visuais dependem de que metade da retina processa as informações visuais – retina nasal e temporal. Neste sentido, ao olhar para a frente, o campo visual direito relativamente ao ambiente é o lado direito, tendo em conta a linha média da pessoa e neste sentido a luz do campo visual direito abrange a metade esquerda de cada retina, sendo esta temporal, que se projecta para o cortex visual ipsilateral, constituindo-se a metade esquerda da retina direita ao nível nasal, cruzando as projecções ao nível da linha média no quiasma óptico, proporcionando aos axónios, projecção de informações do campo visual direito para o cortex visual esquerdo e vice-versa. Quanto ao *processamento de informações visuais*, estas chegam ao cortex visual primário com o propósito de estimular os neurónios, que discriminam a forma, o tamanho ou a textura dos objectos, informações transmitidas às áreas corticais adjacentes, designadas por córtex de associação visual, tendo estas como função, analisar as cores e o movimento, indo depois toda esta informação para outras áreas corticais no sentido de serem utilizadas para ajustar os movimentos ou para identificar os objectos visualmente. Por último quanto aos *movimentos oculares normais*, estes necessitam de uma síntese de informações quanto aos movimentos da cabeça (vestibulares), objectos visuais (visuais), movimento e posição dos olhos (proprioceptivas), tendo em conta a importância da opção de um alvo visual, devido à importância da precisão do controle do posicionamento dos olhos para o sistema visual, porque a acuidade visual unicamente é possível numa pequena região da retina (fóvea) e consequentemente a percepção binocular de um objecto permite que a imagem seja recepcionada por pontos similares em ambas as retinas.

Júnior e Heckmann (2002) são de opinião que os componentes do sistema visual, percebidos como críticos para o equilíbrio, abrangem a acuidade estática e dinâmica, a sensibilidade ao contraste, a percepção de profundidade e a visão periférica (menor adaptação ao escuro) e onde se enquadram as alterações visuais tendo por base a idade. Associada a esta, a condição da pessoa idosa após AVC remete-nos para constrangimentos nos componentes motores (musculesqueléticos e neuromusculares) ao nível do controle postural.

Relativamente ao sistema somatossensorial, este providencia informações sobre o ambiente, consideradas estas importantes na manutenção do controle dos movimentos,

assim como no impedir ou minimizar lesões, permitindo orientação à medida que se movimenta ou se mantenha numa posição em pé, quer em relação aos vários segmentos corporais, quer no apoio, quer quanto à superfície em que se encontra, sendo constituído por várias células, em que o diâmetro dos axónios, o grau de mielinização axônica e o número de sinapses, contribuem na forma como as informações a este nível são processadas.

Algumas das informações somatossensoriais não são interpretadas de forma consciente, mas organizadas ao nível espinal sustentadas em circuitos neuronais ou pelo cerebelo - tratos espinocerebelares, com o objectivo de realizar o ajustamento necessário no que concerne ao movimento e às posturas adoptadas. A este nível, fará sentido perspectivar a diferença existente entre informações sensoriais – impulsos nervosos concebidos a partir dos estímulos originais e sensações – identificação de estímulos originários dos sentidos, considerando estas como informações conscientes no que respeita aos objectos externos e obtidas por quatro tipos de sensação discriminativa – tato, propriocepção, dor e temperatura, contribuindo desta forma para o entendimento – percepção do mundo físico, como um processo activo de interacção entre o encefalo e o ambiente, assim como para o controle de movimentos finos (Lundy-Ekman, 2008).

Devido ao processo de envelhecimento e às condições de saúde presentes, poderão decorrer alterações ao nível das fibras sensoriais e dos receptores proprioceptivos, manifestando-se na redução da informação e, como forma de ajustamento, recorrer ou depender apenas de outro sistema como o visual ou o vestibular.

Mota, *et al.*, (2010), realizaram um estudo com o objectivo de avaliar o perfil somatossensorial de dezoito pessoas hemiparéticas espásticas, acometidas de AVC com e sem bloqueio visual, utilizando testes de contracção isométrica máxima para os músculos flexores e extensores do quadril, do joelho e flexores plantares, concluindo que parece haver imperfeições de comunicação entre os mecanismos neuronais sensório-motores para a elaboração do acto motor voluntário.

O sistema vestibular funciona em interacção com o sistema visual e proprioceptivo, para o controle postural e para a estabilização do olhar durante a movimentação da cabeça, contribuindo assim para a orientação espacial, quer em repouso, quer em movimento (aceleração). Este é constituído por três partes; I) o componente sensorial - aparelho vestibular; II) o componente central; III) componente motor – papel do sistema no controle motor.

Quanto ao primeiro componente, localizado ao nível do ouvido interno, encontra-se profundamente no osso temporal, por trás da parede medial do ouvido médio, contendo

um espaço designado por vestíbulo, designando-se assim por sistema vestibular. Os canais semicirculares ósseos do labirinto vestibular, localizam-se posteriormente ao vestíbulo, contendo o labirinto membranoso com os sensores do sistema, detectando os movimentos da cabeça pela acção do movimento da endolinfa. Este contém dois sacos, designados por otólitos (utrículo e o sáculo). Os canais semicirculares e os otólitos, possuindo áreas receptoras, nos primeiros designam-se *ampolas*, nos segundos as máculas contendo cristais – otocônios, sendo estes receptores sensíveis à aceleração ou à desaceleração rotacional, informação esta responsável pela informação transmitida ao SNC relativamente ao posicionamento da cabeça (Cohen, 2001).

Ao nível do processamento central, localizado ao nível do tronco cerebral – ponte, face à existência de padrões complexos de interacção entre os interneurónios locais, no interior do complexo nuclear vestibular, local onde são recepcionadas e integradas as informações vestibulares, os núcleos vestibulares, recepcionam informações visuais, proprioceptivas, tácteis e auditivas, assim como participação do cerebelo na integração da informação recebida para o ajustamento adaptativo a possíveis alterações nos sistemas do equilíbrio e da postura. No caso de possíveis informações conflitantes provenientes do sistema visual e/ou somatossensorial, o sistema vestibular rejeita essa informação, para conseguir manter o controlo postural. Por último, quanto ao componente motor, este exerce duas acções determinantes mantendo a estabilização do olhar e da cabeça durante o movimento efectuado, determinando assim uma imagem visual estável, a outra é relativamente aos ajustes posturais que determinam contracções compensatórias musculares necessárias, ao nível do pescoço, tronco e membros, com a finalidade de manter o controle da cabeça e, conseqüentemente, do equilíbrio e da postura (Cohen, 2001; Lundy-Ekman, 2008).

A conservação de uma determinada orientação corporal é alcançada a partir de um complexo relacionamento entre informação sensorial e actividade muscular (Kleiner, Schlittler e Sánchez-Arias, 2011). As autoras efectuaram um estudo de revisão com o propósito de compreender o papel das informações visuais, somatossensoriais, vestibulares e auditivas para a manutenção e controle postural, concluíram, após revisão da literatura, a existência de redundância nas informações fornecidas pelos canais sensoriais, afirmando que o SNC selecciona a fonte principal para controlar a postura, pois existe uma forte relação entre a informação sensorial e a acção motora, tendo influência na realização das actividades motoras e, ao mesmo tempo, a realização de uma acção motora influencia o modo como a informação sensorial é obtida.

Sendo crucial o movimento na garantia da realização das necessidades fundamentais envolvidas na manutenção da qualidade de vida / bem-estar, a mobilidade da pessoa

pelo contexto onde se encontra inserido, torna-se fundamental na realização de actividades funcionais, já que a sua restrição, para além do desempenho motor, poderão resultar em deficiências múltiplas, diminuindo a sua funcionalidade, traduzindo-se na restrição da participação ao nível social, interferindo na sua auto-estima, satisfação de vida e bem-estar, conduzindo a eventuais processos neuropsicológicos, entre eles processos depressivos, logo a manutenção da mobilidade fundamenta-se como uma das acções terapêuticas com efectividade no sentido de preservar as condições físicas, psicológicas e sociais.

Assim, considera-se a marcha bípede como uma parte integrante das actividades de vida diária, dependente da capacidade de múltiplos sistemas, sensório-motor, musculoesquelético e sistemas de integração e planeamento motor, relacionando-se com a competência da pessoa em mover-se (Alouche e Oliveira Silva, 2009). As autoras consideram que as modificações na marcha da pessoa idosa, tanto são um processo fisiológico como patológico, em virtude de ambas as alterações poderem interferir na realização de actividades de modo competente, já que as modificações fisiológicas e biomecânicas características, tendo em conta o conjunto de pessoas nesta faixa etária não implicam simplesmente o desempenho menor das habilidades motoras, mas concebem uma mudança qualitativa nos componentes implícitos dos sistemas envolvidos no controle da marcha. Nesta população, parece existir mudanças de controle automatizado para um processamento mais prudente da informação, levando a haver um esforço atencional, explicando assim a dificuldade na concretização de multiactividades, percebendo-se na sua deambulação ao nível dos membros inferiores com passos mais curtos, menor tempo em apoio unipodal, rotação da pelve no sentido anterior com a bacia ligeiramente flectida.

Devido à forma de caminhar, esta geralmente é descrita por “*Ciclo de Marcha*”, como o interregno de tempo entre o contacto sucessivo do mesmo pé na superfície na qual deambula, podendo ser este ciclo dividido em fase de apoio e fase de oscilação/balanço (Lehmkuhl e Smith, 1989). Estes autores, consideram que na fase de apoio, esta inicia-se com o contacto inicial do pé (calcanhar-solo), mas em algumas condições de saúde outras partes do pé poderão fazer primeiro este contacto com o solo antes do calcanhar, terminando esta fase quando o pé deixa de estar em contacto com a superfície - impulsão. Vários eventos ocorrem durante esta fase, sendo eles contacto inicial, resposta de carga, apoio médio, apoio terminal e pré-oscilação. A fase de oscilação inicia-se com a impulsão e termina, quando o calcanhar toca na superfície, sendo formada pelos principais eventos, oscilação inicial, oscilação média e oscilação terminal.

Quanto às pessoas idosas após AVC, requerem níveis necessários de controle do tronco e das extremidades, já que a condição de saúde-AVC exerce alterações ao nível dos padrões de marcha, caracterizando-se estes por velocidade lenta, passos irregulares com o comprimento do mesmo alargado, alterações do equilíbrio - originado pelas posturas inadequadas ao nível do membro superior e inferior, necessitando de ajudas técnicas em decorrência da dependência (Ryerson, 2010).

Scalzo, *et al.*, (2011), efectuaram um estudo com o objectivo de avaliar o efeito de um protocolo de treino específico, observando a influência na velocidade da marcha e a capacidade de deambulação, em pessoas hemiplégicas crónicas. O conjunto de pessoas, que participaram no estudo, seis homens e 4 mulheres, (apenas oito concluíram o estudo), com idades médias de 53,7 anos ($DP \pm 5,7$) e com tempo médio relativamente ao tempo de AVC 21,4 meses ($DP \pm 10,9$), realizaram três sessões durante oito semanas, sendo utilizados para a sua avaliação a escala de Berg (EEB), o teste de velocidade da marcha de 10 metros e o teste de caminhada de 6 minutos. Os autores, concluíram haver melhorias estatisticamente significativas ao nível do equilíbrio funcional ($p=0.012$) avaliado este pelo (EEB), não sendo observada melhoria quer ao nível da velocidade da marcha ($p=0.833$), quer ao nível da distância percorrida ($p=0.739$), traduzindo-se assim as melhorias observadas no equilíbrio funcional em hemiplégicos crónicos, através do protocolo estabelecido.

3 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – CONSIDERAÇÕES NA PESSOA IDOSA

O acidente vascular cerebral (AVC) poderá ser considerado uma síndrome neurológica, localizada numa área do encéfalo, em virtude de nos depararmos com uma complexidade de sintomas de deficiência neurológica, de instalação com duração de pelo menos vinte e quatro horas, manifestando-se esta por sintomas e sinais focais ou globais, reconhecidos com alteração da função da área afectada, decorrentes de causa vascular (Carvalho, 2009; Martins, 2006; Ferro, 2006; Py, 2006; Martins, 2002).

O AVC, ao ser considerado uma condição de saúde prevalente de grande relevância em termos de saúde pública, apresenta-se como a terceira causa de morte nos países desenvolvidos (DGS, 2010; Pereira, Coelho e Barros, 2004), estando calculado em Portugal que seis pessoas/hora são acometidos de AVC e que duas a três morrem em consequência do evento (Sá, 2009), sendo este considerado, a nível global, o responsável por 10% de todas as mortes, traduzindo-se numa taxa de mortalidade variável entre 20 e 250/100.000 habitantes/ano, admitindo que em Portugal os valores se situem próximo do limite superior, sendo também considerado de altíssima morbilidade, estimado como a principal causa de incapacidade permanente, quer a nível nacional, quer a nível mundial, manifestando-se como a principal causa de incapacidade em pessoas idosas (DGS, 2010; Oliveira, *et al.*, 2008; Ferraz *et al.*, 2002).

Dados de várias investigações a nível internacional, quanto à incidência do AVC, reportam-nos para valores médios de 200/100.000 habitantes/ano e segundo projecções das nações unidas, tendo em conta o processo de envelhecimento da população, para a ocorrência de 1,5 milhões, em 2025, de pessoas acometidas de AVC na Europa e que em Portugal, o número de novos casos está a aumentar, sendo esta mais elevada quando comparada com outras regiões da Europa, traduzindo-se assim, num factor essencial de interesse, quer clínico, quer de natureza económica, quer socialmente (DGS, 2010; Sá, 2009).

Estudos epidemiológicos foram realizados em Portugal, no Concelho de Coimbra, em 1992 (Gonçalves e Cardoso, 1997), evidenciando os autores indicadores epidemiológicos, como as taxas de mortalidade na região centro, à altura, sendo os seus valores dos mais altos em Portugal e que as taxas de prevalência encontradas 80/1000, 8% (10,2% nos homens e 6,6% nas mulheres) das pessoas que fizeram parte do estudo, 31,6% apresentavam uma incapacidade moderada e 20% apresentavam uma incapacidade grave ou uma dependência total, evidenciando a população de pessoas idosas do estudo, sendo nestes grupos etários que a frequência dos AVC alcança a sua expressão máxima (Gonçalves e Cardoso, 1997).

Mais recentemente, em Portugal, foi realizado um estudo prospectivo de base comunitária (rural e urbana) em populações do Norte do País, sendo esta região considerada como a que apresenta o maior índice de mortalidade. Durante vinte e quatro meses, 688 pessoas acometidas por AVC (primeiro episódio) foram mencionadas, 226 na área rural e 462 na zona urbana, tendo os autores verificado uma incidência anual de 3,05 (IC95%, 2,65 a 3,44) e 2,69 por mil (IC 95%, 2,44 a 2,93) para as populações rurais e urbanas, respectivamente, correspondendo as taxas ajustadas "população padrão europeia" (Padronização) de 2,02 (IC95%, 1,69 a 2,34) e 1,73 (IC95%, 1,53 a 1,92), referindo ainda que a idade específica de incidência seguiu padrões diferentes na população, quer em áreas rurais, quer nas urbanas, atingindo elevada disparidade para as pessoa de 75 anos a 84 anos, observando 20,2 (IC95%, 16,1 a 25,0) e 10,9 (IC95%, 9,0 a 12,8), respectivamente, sendo a letalidade (aqueles em que o AVC leva à morte) aos 28 dias, foi de 14,6% (IC95%, 10,2 a 19,3) na população da zona rural e 16,9% (IC95%, 13,7 a 20,6) na população nas áreas urbanas, considerando a incidência do AVC nas duas áreas em estudo no Norte do País como elevada, em comparação ao observado noutras regiões da Europa (Correia, *et al.*, 2004).

Em relação à prevalência, esta foi estimada pela OMS com valores médios de 1337/100.000 habitantes para a Europa, encontrando-se Portugal em segundo lugar com mais pessoas acometidas por esta síndrome neurológica, apenas ultrapassado pela Letónia (Sá, 2009).

No contexto gerontogeriátrico, esta entidade clínica, assume uma relevância devido à importante relação entre a idade e a incidência de AVC, compreendendo que a mesma possa surgir em qualquer faixa etária, não decorrendo forçosamente devido ao processo de envelhecimento, contudo um aumento significativo da sua incidência existe a partir dos cinquenta e cinco anos de idade, dobrando a incidência a cada dez anos (Ryerson, 2010; Medalha e Navega, 2007; Py, 2006; O'Sullivan, 1993).

Existem projecções, que recomendam implementação de medidas tendo em conta esta condição de saúde, porque sem intervenção com efectividade o número de mortes por AVC, irá aumentar vertiginosamente, traduzindo-se em 2015, 6,3 milhões de pessoas e em 2030 em 7,8 milhões, situando-se a grande maioria em países considerados pobres (Bonita e Beaglehole, 2007).

A crescente proporção de população idosa, quer a nível europeu, quer a nível nacional, leva-nos a antever que esta síndrome neurológica, seja a responsável pelo aumento do número de pessoas idosas acometidas, independentemente da variação dos dados

epidemiológicos, tornando-se assim, a condição vascular cerebral, reconhecidamente importante, em termos de saúde pública, com especial relevo em Portugal.

3.1 - CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL / TIPOLOGIA ETIOLÓGICA

Face à heterogeneidade da doença vascular cerebral, comumente reconhecida, as classificações tipológicas, baseiam em termos clínicos, com um critério etiológico ou territorial, podendo o acidente vascular cerebral, reunir-se em duas grandes tipificações: acidente vascular cerebral isquémico (enfartes cerebrais), tendo em conta a isquemia que é impelida pela diminuição ou oclusão no suprimento da perfusão de um vaso na área vascularizada pela mesma, podendo subdividir em (embólico, trombótico e lacunar) e acidente vascular cerebral hemorrágico, pela ruptura de um vaso no tecido cerebral, tendo como sub-tipos a Hemorragia Intracerebral primária e a subaracnóideia, observando-se desta forma as características, os mecanismos e os prognósticos de forma diferenciada (Branco e Santos, 2010; Correia, 2007; Martins, 2002).

Tendo em conta esta classificação com um critério etiológico, dependendo da natureza dos estudos, a frequência dos mesmos cifra-se da seguinte forma, os AVC isquémicos representam 80 a 85%, representando os AVC hemorrágicos os restantes percentuais, com excepção para os escassos AVC mistos (Ryerson, 2010, Hershey, 2002).

Tendo subjacente um critério clínico de âmbito territorial (arterial), os AVC isquémicos poderão ser classificados tendo em conta diversas síndromes neurovasculares (dependendo do território vascular envolvido), sustentados em três parâmetros (causa ou mecanismo, quanto à localização e tipo de artéria afectada, e, quanto ao perfil), podendo expressar-se pela classificação de Oxford, considerada prática e de utilidade confirmada, traduzindo-se a sua aplicabilidade por siglas *LACI* (lacunar infarct), *TACI* (total anterior circulation infarct), *PACI* (partial anterior circulation infarct) e *POCI* (posterior circulation infarct) (Carvalho, 2009; Garcia e Coelho, 2009).

Quanto aos *enfartes cerebrais*, e face à sua sub-divisão (critério etiológico), a *embolia cerebral* caracteriza-se por um processo, onde porções de matéria podem ser libertados na corrente sanguínea, na maioria dos casos associadas às condições de saúde cardiovasculares, deslocando-se essas até às artérias cerebrais, privando de forma abrupta, uma área de sangue, por oclusão e enfarte (Ryerson, 2010; Branco e Santos, 2010; Lundy-Ekman, 2008; Martins, 2002).

Dependendo da dimensão do trombo embolizado na entrada na circulação cerebral, levará à oclusão quer de uma artéria de elevada dimensão, determinando assim um

enfarte extenso, ou poder interromper a circulação cerebral em artérias de uma dimensão mais reduzida, sendo os responsáveis por enfartes mais delimitados, caracterizando-se pela instalação normalmente de forma súbita e com déficit neurológico, podendo a sintomatologia, dada a frequente natureza variada dos trombos cardíacos, repetir-se ao longo do tempo, em intervalos de agravamento e melhoria (variabilidade nos sintomas clínicos), indicando, embolização recorrente, podendo ser consideradas causas com um potencial embólico, a fibrilhação auricular, próteses valvulares, enfarte do miocárdio recente, endocardite infecciosa, entre outras (Menoita, 2012; Branco e Santos, 2010; Carvalho, 2009).

Relativamente à sua localização, focalizam-se na artéria cerebral média (ramos corticais e profundos), na artéria cerebral posterior (ramos mesencefálicos e profundos) e mais raramente na artéria cerebral anterior (Lundy-Ekman, 2008; Adams, Victor e Ropper, 1999).

Relativamente ao *AVC trombótico*, as lesões poderão estar presentes durante anos, tornando-se assintomáticas e o surgimento dos sintomas dá-se de forma abrupta podendo piorar de maneira gradativa, ocorrendo a recuperação de forma lenta, traduzindo-se numa deficiência residual considerável. A aterosclerose como agente causador do comprometimento da camada íntima dos vasos sanguíneos, em virtude da acumulação de lípidos, carboidratos complexos, componentes do sangue, células e material intercelular, desenvolve-se sobre o substrato formado dessas células, levando a uma série de complicações circulatórias, repercutindo-se numa condição de saúde, considerada crônica e progressiva, processo no qual ocorre nas ramificações e curvas das artérias (Ryerson, 2010; Lundy-Ekman, 2008; Corrêa-Camacho, Dias-Melicio e Soares, 2007).

Os *AVC lacunares* são considerados, lesões pequenas, circunscritas, oclusões essas, que ocorrem ao nível dos ramos de pequeno diâmetro da artéria cerebral média (artérias lenticuestriadas) e nos ramos penetrantes da cerebral anterior, cerebral posterior e artérias basílicas, com o propósito da perfusão das estruturas subcorticais, ocorrendo estes mais frequentemente nos núcleos de base, na cápsula interna, no tálamo e no tronco encefálico. A lenta oclusão apresenta resultados diferentes de uma lesão abrupta, permitindo este um desenvolvimento da circulação colateral, podendo até ocorrer sem produzir sintomas, tendo estes eventos um maior grau de recuperação neurológica (Lundy-Ekman, 2008; Brandstater, 2002).

Os acidentes vasculares cerebrais *Hemorrágicos* caracterizam-se pelo extravasamento espontâneo de sangue para fora das artérias cerebrais, ocorrendo no parênquima

encefálico ou nos ventrículos. Na hemorragia intracerebral primária, o evento inicial consiste na ruptura vascular (Uchino, Pary e Grotta, 2008). Os mesmos autores salientam a importância de distinguir a hemorragia primária intracerebral da transformação hemorrágica dos enfartes isquémicos, devido à distinção ser importante, pois as etiologias e o tratamento são também diferentes. Quanto à hemorragia e tendo como factores predisponentes, hipertensão, vômitos (mau sinal na fase aguda – indica HIC), ou redução do nível de consciência, dependendo o quadro clínico e o prognóstico, da localização específica e da extensão (volume) da hemorragia, ocorrendo de forma súbita, associado a intensas cefaleias e graves déficits neurológicos, nas pessoas idosas a causa é devida a angiopatia amilóide (Oliveira, 2003). A *hemorragia subaracnóidea* advém com uma incidência de 15:100.000 com um pico de incidência dos 55 anos aos 60 anos de idade, devido, na generalidade, a casos de ruptura (Zaidat e Lerner, 2009). Ela corresponde ao sangramento no espaço subaracnóideo podendo ser espontânea (decorre de 80% da ruptura de aneurismas saculares), quanto à sua localização, 30% ao nível da comunicante anterior, 25% comunicante posterior, 20% na cerebral média, 10% ao nível da basilar, 5% vertebral e 25% considerados múltiplos. Os sinais e sintomas decorrem de um rápido aumento da PIC de início abrupto com forte cefaleia, sendo considerada uma condição potencialmente fatal. (Uchino, Pary e Grotta, 2008)

3.2 - FACTORES DE RISCO

O AVC, ao ser considerado uma condição de saúde prevalente, de grande relevância em termos de saúde pública, reconhecendo que os mecanismos etiopatogénicos responsáveis, são diversificados, multifactoriais, remete-nos para a ideia da probabilidade desta condição de saúde ter consequências na vida de uma pessoa após o seu acometimento. Neste sentido, o estudo das causas dos problemas de saúde, com a probabilidade de ocorrência da mesma, torna-se imperioso para a subsequente adopção de medidas preventivas, seja pela simples presença de um ou vários factores de risco, seja, fundamentalmente, pela intensidade e pela conjugação entre eles.

Filho e Rouquayrol (2006) entendem que factor de risco pode ser definido como “o *atributo de um grupo da população que apresenta maior incidência de uma doença ou agravo à saúde, em comparação com outros grupos definidos pela ausência ou menor exposição a tal característica*” (p.80).

Podemos assim entender que factor de risco é uma característica que tem em conta aspectos pessoais e os hábitos de vida da pessoa, ou de uma população, que apresentam uma acentuada probabilidade de desenvolver uma condição de saúde,

quando comparados a outras pessoas ou comunidades, que não apresentem as mesmas particularidades.

A presença do número de factores de risco e o elevado grau de irregularidade de qualquer dos factores, permite-nos induzir um elevado risco de ocorrência de um AVC (O'Sullivan, 1993). Neste sentido, a compreensão da interacção dos mesmos possibilita a adopção de estratégias (prevenção primária e secundária), ou para a sua irradicação ou para minorar as consequências devido aos hábitos de vida eternizados.

Os factores de risco podem ser inalteráveis (não modificáveis), como a Idade, sexo, raça/etnia, genéticos e alteráveis (modificáveis) como a HTA, Diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, doença cardíaca, consumo de álcool, obesidade e o sedentarismo (Carvalho, 2009; Araújo, *et al.*, 2008; Martins, 2002; Chaves, 2000).

Quanto aos factores de risco inalteráveis (não modificáveis):

Idade – É o factor de risco mais importante para o AVC. A incidência do AVC aumenta à medida que avança a idade, mas não deve ser considerado como uma decorrência do processo de envelhecimento, apesar de atingir proporções alarmantes a partir dos 55 anos, dobrando a cada década (Carvalho, 2009; Sacco *et al.*, 1997; O'Sullivan, 1993).

Sexo – Até aos 44 anos as mulheres apresentam maior incidência de AVC, com possível relação idade fértil (gravidez), uso de contraceptivos orais podendo estes terem uma relação com o aumento de risco de AVC de seis vezes, quando associados a outros factores, a partir dessa idade torna-se maior nos homens do que nas mulheres (Ryerson, 2010; Carvalho, 2009; Araújo, *et al.*, 2008).

Raça/etnia – A incidência de AVC e mortalidade é variável, devido à diversidade de origem e heterogeneidade entre grupos raciais. Considerada a incidência da condição de saúde, o dobro, mais elevada na população negra do que na população branca. Uma possível explicação apresenta-se devido à maior prevalência de fibrinogénio plasmático elevado, geneticamente determinado na população negra (Ryerson, 2010; Py, 2006; Sacco *et al.*, 1997).

Genético – A história familiar – hereditariedade apesar de ser compreendido como marcador importante para o risco de AVC, remete-nos para uma diversidade de achados. Chaves (2000), faz referência a dois estudos, um relativamente à importância deste como factor de risco para hemorragia subaracnoidea, mas não para hematoma intracraniano e enfarte cerebral, o outro relativamente à prevalência de AVC, em parentes de primeiro grau, que nesse estudo foi de 5% nas pessoas com história paterna de AVC e de 4% entre os com história materna. Comparativamente aqueles sem qualquer referência situam-se em 2%, considerado o risco independentemente de outros factores de risco.

(Carvalho, 2009; Py, 2006) referem componentes claramente genéticos de condições de saúde hereditárias raras, abordando o CADASIL, uma arteriopatía, que causa múltiplos enfartes cerebrais subcortícaís, acometendo a substância branca e progredindo para situações de demência vascular.

Quanto aos factores de risco alteráveis (modificáveis):

HTA - A hipertensão arterial constitui-se como o principal factor de risco modificável, sendo considerado como o mais relevante no desenvolvimento do AVC, tanto isquémico como hemorrágico. De acordo com André (1999), a presença da HTA, eleva de 3 a 4 vezes o risco de desenvolver um AVC, tendo como causa a sua alta prevalência, a hipertensão arterial sistólica pode ser considerada responsável pelo menos por metade dos casos de AVC e em ambos os sexos, tanto a hipertensão arterial sistólica quanto a hipertensão arterial diastólica associam-se ao aumento do risco, com relevância atribuída à hipertensão arterial sistólica, mesmo em pessoas idosas.

Carvalho (2009), ao abordar a questão dos valores tensionais, é de opinião que valores de tensão arterial sistólica (≥ 140 mmHg ou tensão arterial diastólica ≥ 90 mmHg), considera estes como média de duas avaliações correctamente efectuadas em dois momentos, afirmando que o risco de AVC duplica em cada elevação da mesma de 7,5 mmHg de tensão arterial diastólica, considerando a HTA sistólica um factor de risco ainda maior do que a HTA diastólica e que o tratamento da HTA reduz o risco de AVC em 38%.

O controlo adequado dos níveis tensionais reduz expressivamente o risco de AVC, considerando a redução da PA sistólica em 10 a 12 mmHg, e a PA diastólica em 5 a 6 mmHg, podendo estar associado à diminuição de 38% da incidência de AVC (Py, 2006).

Pires, Gagliardi e Gorzini (2004) entendem que a HA sistólica constitui o principal factor de risco alterável, relativamente ao AVC isquémico com um relativo risco de seis vezes de pessoas hipertensas desenvolverem o evento, considerando que 67,5% e 80% das pessoas com AVC são hipertensas, e entre 60 a 70% dessas estão associadas com hipertensão arterial sistólica, referindo-se aos elementos da amostra do seu estudo, de que apenas 3% das pessoas apresentavam apenas a pressão arterial sistólica aumentada em comparação com outros estudos, que demonstram que a hipertensão sistólica é mais frequente em pessoas idosas.

Ao fazer referência a estudos mais recentes os autores consideram, que a PA ideal, já não se cifra nos valores de PA sistólica 140 mmHg e 90 mmHg de PA diastólica, considerando que valores respectivamente superiores a 120 mmHg e 80 mmHg estão associados a maior risco de AVC, como nas pessoas idosas e pessoas com factores de risco associados, referindo ainda, ao nível das pessoas idosas, a importância de reduzir

gradualmente os valores tensionais, tendo em consideração a hipotensão postural, assim como a possível PA durante o período de sono, em virtude de poder elevar o risco de AVC isquémico por reduzido débito (Py, 2006).

Diabetes mellitus - Importante factor de risco em virtude de as pessoas apresentarem esta condição de saúde, maior morbidade e letalidade de AVC, de forma independente, aumentando em duas a quatro vezes o risco do evento, quando comparados às pessoas não diabéticas, especialmente enfarte cerebral aterotromboembólico, com um risco relativo que varia de 1,5 a 2,1, podendo estar relacionados com alterações da hemodinâmica cerebral, à hiperglicemia associados a outros factores de risco (Carvalho, 2009; Py, 2006; Chaves, 2000).

Dislipidemia - A hipercolesterolemia com aumento da fracção de lipoproteínas de baixa densidade (LDL-c), aumenta de forma independente o risco de AVC isquémico em ambos os sexos. A possibilidade da apresentação de valores de colesterol total >240 mg/dl serem acometidas por um AVC isquémico é superior ao dobro da probabilidade tendo como referência valores <240 mg/dl de colesterol total (Carvalho, 2009; Py, 2006).

Tabagismo - O fumo do tabaco aumenta cerca de duas a três vezes o risco de AVC, quer isquémico, quer hemorrágico, tendo um efeito de sinergia com a HTA, diabetes mellitus, intolerância à glicose, à idade, à hipercolesterolemia e à doença cardiovascular preexistente. O aumento de risco, reconhece-se, é devido ao efeito protrombótico da própria substância, alterações hemodinâmicas e à promoção da doença aterosclerótica. A suspensão do consumo de tabaco reduz o risco ao mesmo nível, após cinco anos, das pessoas não fumadoras (Carvalho, 2009; Py, 2006; Chaves, 2000).

Doença cardíaca - Algumas doenças cardíacas estão associadas a um maior risco de AVC. A fibrilação atrial é a mais prevalente nas pessoas idosas, com uma frequência de 19/1.000 pessoas entre os 74 e 84 anos. Trata-se de uma arritmia cardíaca, que provoca dessincronização da contracção sequencial auricular e ventricular, levando a estase de sangue na aurícula e apêndice auricular esquerdos, ajudando na formação de trombos intracardíacos conseguindo estes penetrarem na circulação sanguínea e ocluírem artérias mais distais ao nível cerebral. Apresentam um risco de AVC isquémico cerca de 3 a 4 vezes. No grupo etário dos 80 a 89 anos esta condição é responsável por cerca de um quarto dos AVC isquémicos, sendo que a anticoagulação oral reduz em 64% o risco de AVC (Carvalho, 2009; Py, 2006; Chaves, 2000).

Consumo de álcool - O consumo de álcool em doses excessivas é um factor de risco de AVC para ambos os tipos, isquémico e hemorrágico, mas principalmente para o tipo hemorrágico, embora o seu consumo em doses baixas não constitua um factor de risco,

podendo até exercer efeito protector, provavelmente devido à elevação do HDL-c, com evidência para o vinho, relativamente a outras bebidas, não sendo recomendado o consumo de álcool para os não consumidores, mas a redução do consumo excessivo reduz o risco de AVC (Carvalho, 2009; Py, 2006).

Obesidade - Embora não seja um factor de risco independente, ela deverá ser controlada, especialmente a gordura abdominal, em virtude de esta se associar a outros factores de risco com a HTA, Diabetes Mellitus e Dislipidemia, aumentando assim, o risco de AVC (Py, 2006). Um índice de massa corporal (IMC: peso(Kg) / altura²(m) superior a 27, corresponde a sobrepeso, proposta de Lipschitz (1994).

Carvalho (2009) entende que o risco relativo de AVC para IMC > 30 é de 1,8 a 2,4.

Sedentarismo – A prática de actividade física regular, reduz tanto o risco de AVC isquémico como hemorrágico, considerando-se que a actividade física é de importância vital na correcção de outros factores de risco vasculares tais como: HTA, Diabetes Mellitus e Dislipidemia, reduzindo a agregação plaquetária, aumentando a sensibilidade á insulina, contribuindo também para a redução de peso, assim como a facilitação no controlo da pressão arterial(Carvalho, 2009; Py, 2006; André,1999)

O conhecimento e a implementação de estratégias na prevenção dos factores de risco no que concerne a esta condição de saúde - AVC, constitui-se no primordial papel dos profissionais de saúde, sendo preponderante na diminuição da sua incidência e morbimortalidade, pela importancia subjacente tanto em termos individuais, como familiares, sociais e de custo-efectividade.

3.3 - CONSEQUÊNCIAS E DÉFICES ESPECÍFICOS APÓS AVC

O surgimento desta condição de saúde – AVC, apresenta como característica fundamental, alterações a vários níveis e a severidade do quadro clínico dependerá da área afectada e extensão da lesão.

Algumas deficiências neurológicas, tais como: Hemiparesia, ataxia, hemianópsia, deficits na percepção visual, afasia, disartria, deficiências de memória e problemas com o controle da bexiga, foram relatadas como acometendo mais de 25% das pessoas que sobrevivem aos enfartes cerebrais (Lundy-Ekman, 2008).

Após o AVC, como podemos constatar, poderão aparecer uma diversidade de alterações, tendo influência ao nível dos neurónios motores superiores, resultando numa perda do controlo voluntário dos movimentos, considerada a alteração motora mais comum nestas pessoas a *hemiplegia e hemiparesia*, tendo em conta a ausência ou a diminuição de força gerada pela contracção dos músculos e grupos musculares,

manifestando-se no hemicorpo contralateral à lesão hemisférica ou à direita ou à esquerda. A este nível outra condição manifestada relaciona-se com a tensão presente nos músculos em repouso e a resistência oferecida, quando se mobilizam passivamente, de início e logo após a lesão – hipotonia, variando o intervalo desde dias, algumas semanas ou meses, para o surgimento de outras condições como hipertonia e espasticidade.

A este propósito Edwards (2004), advoga que o tônus é a resistência oferecida pelos músculos ao estiramento passivo contínuo e que os dois mecanismos, que colaboram para a resistência são as propriedades visco-elásticas naturais do músculo e a tensão presente neste, pela contração reflexa produzida pelo estiramento do músculo. A mesma autora, entende haver uma ausência de consenso quanto à palavra espasticidade, em virtude de existir uma diferenciação quer em termos fisiopatológicos e clínicos, entre hipertonia de origem cerebral e hipertonia de origem medular, quer entre a hipertonia severa (após TCE) e a hipertonia lenta após uma lesão mais focal como no caso do AVC, considerando que a síndrome do primeiro neurónio é o termo usual para descrever as condições das pessoas com função motora anormal, que pode ser consequência de lesões cerebrais ou medulares.

As características clínicas da síndrome do primeiro neurónio, repartem-se de forma breve, em fenómenos positivos ou comportamentos anormais, representados por actividade excessiva ou inadequada e negativos ou déficits de performance, que compreendem a fraqueza e perda de agilidade (Katz e Rymer, 1989, cit. Edwards, 2004).

As alterações ao nível da deglutição (disfagia) são uma condição de difícil abordagem terapêutica (recurso a fonoaudiólogo), podendo ser observável, devido ao retardar (lentificação) no desencadear do reflexo de deglutição, seguido pela diminuição no peristaltismo faríngeo (O'Sullivan, 1993).

Quanto às alterações *sensitivas e sensoriais*, podendo adquirir diversas formas, quer ao nível da percepção tátil (capacidade de interpretar sensações), quer da perda da propriocepção (incapacidade de perceber a posição e movimentos dos segmentos corporais), ou alterações na interpretação de estímulos visuais e auditivos. Pode haver perda ou diminuição da sensibilidade do hemicorpo acometido – hemianestesia / hemipostesia, ou perda da noção corporal, traduzindo-se esta condição da pessoa, de não ser capaz de reconhecer o hemicorpo afectado, apresentando negligência ou negação – anosognosia, ou a sua relação com o seu próprio corpo – agnosia.

Alterações ao nível do campo visual, relaciona-se com a área que pode ser observada aquando da fixação do olhar, podendo no caso de hemiplegia estarmos perante uma

situação comum designada – hemianópsia homónima (perda da metade do campo visual), ambos os olhos apresentam o seu campo alterado do mesmo lado (ex: nasal à direita, temporal ao nível do olho esquerdo), correspondendo o lado da visão alterado ao hemicorpo afectado, contribuindo assim para a ausência geral de consciência desse lado, em virtude da pessoa girar a cabeça para o lado oposto, negligenciando assim o lado acometido (O’Sullivan, 1993).

As *Alterações esfícterianas* representam repercussões ao nível das habilidades das actividades de vida diária e, conseqüentemente, ao nível familiar e social, podendo estas apresentar constrangimentos, ao nível da capacidade de realizar actividades funcionais no quotidiano das pessoas.

Inicialmente, a pessoa pode apresentar incontinência urinária transitória, sendo esta atribuída a interrupções do circuito neural da micção, que representam alterações no tónus, quer ao nível da bexiga, quer ao nível do esfíncter (Monteiro, 2009). Os autores no seu estudo, realizado no período de um ano com noventa e uma mulheres após AVC isquémico, com uma idade média de 61,1 anos, estudaram a frequência das queixas urinárias em mulheres com bexiga hiperactiva neurogénica, sendo esta de 45,05% e que os sintomas presentes formam a urge-incontinência (68,2%), a urgência (58,5%) e a noctúria (41,4%), concluindo não haver relação entre os sintomas urinários e a topografia da lesão. A sua normalização costuma processar-se durante o percurso de reabilitação.

Quanto às alterações na eliminação intestinal, a obstipação constitui-se como uma condição tendo em conta a função excretora. Apesar, da gravidade da lesão cerebral, o peristaltismo intestinal mantém-se, apresentando material fecal automaticamente sem a contribuição volitiva da pessoa e, se esta for incapaz de inibir o impulso ou o reflexo de defecar, a incontinência fecal acontece. Esta associada à incontinência urinária comumente é observada quanto à sua persistência, como condições que reflectem casos de lesões neurológicas extensas e até mesmo bilaterais (Anderson, 1986).

As alterações da *Linguagem e de Comunicação*, são de difícil abordagem, envolvendo a disartria como sendo uma perturbação da articulação verbal, resultado devido à paralisia da musculatura vocal, envolvida na articulação verbal, caracterizando-se por dificuldade na produção de determinados sons, sendo o discurso pouco inteligível. A afasia é considerada uma síndrome heterogénea com variabilidade, quer no tipo, quer na intensidade, nas afasias ligeiras as pessoas apresentam apenas alguma dificuldade no evocar as palavras pretendidas (pausas, hesitações ou trocas), nas afasias mais graves, o discurso apresentado reporta-se apenas a sons, resultando numa incapacidade incompleta para comunicar (Martins, 2006). A mesma autora considera que a capacidade

de linguagem está lateralizada no hemisfério esquerdo em 96% dos dextros e na maioria (76%) dos canhotos, considerando que o hemisfério direito apresenta uma capacidade limitada para processar a linguagem, circunscrevendo-se à compreensão de palavras soltas e aos aspectos emocionais do discurso, considerando que a entoação e melodia do discurso, são interpretadas pelo hemisfério direito. Outra condição inerente ao processamento de gestos designa-se por apraxia, contribuindo assim para a perda de funcionalidade, já que esta é assim designada em virtude de representar a incapacidade de executar gestos ou actividades previamente aprendidos, sem apresentar alterações motoras, que o justifiquem ao nível do seu planeamento e execução, ocorrendo estas apraxias em situação após lesões do hemisfério esquerdo, ao nível do lobo parietal inferior (Martins, 2006).

Relativamente às *Alterações Cognitivas*, são comuns os problemas de memória. Esta é considerada uma função cerebral de enorme complexidade, em virtude de se encontrar ligada a outras áreas de cognição, tais como, acção ou processo de aprender que abrange diversos estados mentais e processos como a atenção, o raciocínio, a percepção, aprendizagem, consciência ou emoções, estando integrada numa extensa rede neuronal, e dependente da integridade de todo o sistema, na relação com o meio externo, e na construção do comportamento e desempenho em geral (Pais, Cruz e Nunes, 2008). Os mesmos autores, ao fazerem alusão ao modelo integrativo da memória de Baddeley, independente do desenvolvimento ao longo do tempo, entendem que a memória de trabalho abrange vários elementos, como “*sistema visuo-espacial*”, que permite imagens por períodos curtos de tempo, um “*loop fonológico*”, que possibilita o guardar da informação num formato acústico e um “*buffer episódico*” integrando diferentes tipos de informação com significado para a pessoa e uma central executiva, que estrutura funções de atenção, selectividade, consciência e controlo da informação ao qual é designada, por este sistema de memória de trabalho, após recepcionar a informação sob a forma de memória sensorial. O comprometimento pode ter influência ao nível dos vários processos, como a atenção, compreensão, falta de motivação, permitindo apenas uma retenção breve da informação, enquanto a memória a longo prazo se mantém intacta.

Para além do funcionamento cognitivo, a pessoa acometida desta condição de saúde-AVC, sujeita a alterações a vários níveis, de forma abrupta, pode sofrer de conflitos psíquicos, circunscrevendo-se estes, ao nível psicológico, ao nível da percepção do *Self*, auto-estima, a forma de lidar com as perdas, assim como a percepção dos processos relacionais, prespectivando-se as relações entre o corpo, o ego e os outros, remetendo a pessoa, para a desintegração ao sentido de unidade do *Self*, face à consciencialização

das incapacidades (Oliveira, 2000). O mesmo autor, sustentado em vários autores, é de opinião de que podemos identificar nestas pessoas sintomas depressivos, elevados níveis de ansiedade, rigidez de pensamento, impaciência, irritabilidade, impulsividade, comportamentos agressivos entre outras reacções psicológicas.

Em termos emocionais, estas pessoas poderão apresentar instabilidade emocional (labilidade emocional), não sendo capazes de inibir a expressão das emoções, sendo antes emocionalmente estáveis e após o evento apresentam dificuldade em controlar as emoções, chorando e rindo sem justificação plausível.

A depressão encontra-se entre os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns, que ocorrem após AVC, associando-se a pior recuperação relativamente aos prejuízos cognitivos e às actividades de vida diária, concomitantemente a um maior risco de mortalidade (Silva, Brasil e André, 2005). Estes autores consideram ainda que as complicações neuropsiquiátricas, cognitivas, comportamentais e emocionais, decorrentes do AVC, podem apresentar-se como factores, com um efeito contraproducente ao nível do funcionamento social, na qualidade de vida e na recuperação das funções motoras das pessoas.

Face à complexidade e diversidade das alterações prováveis, perspectivando-se quer ao nível da singularidade da pessoa após AVC, quer ao nível familiar e social, estas terão, indubitavelmente, um impacto ao nível de todas as actividades de vida diária, assim como na sua funcionalidade em contexto.

3.4 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA IDOSA APÓS AVC

A reabilitação pode ser conceptualizada de forma sumária como uma estratégia de saúde tendo como objectivo a capacitação das pessoas com constrangimentos de saúde que experimentam ou possam vir a experimentar incapacidade no sentido de alcançarem e/ou manterem um nível óptimo de funcionalidade em interacção com o ambiente (Stucki, *et al.*, 2007).

Os mesmos autores consideram que tendo por foco uma compreensão inclusiva esta encontra-se sustentada num conhecimento essencial das dimensões biológica, psicológica e social, assim como relativamente às determinantes da funcionalidade humana e incapacidade, traduzindo-se essa optimização da funcionalidade e a minimização da experiência de incapacidade na assistência de constrangimentos de saúde.

Após a estabilização, quer neurológica, quer clínica, a avaliação da pessoa idosa acometida de um AVC, deverá ser efectuada com o propósito de determinar o potencial funcional, permitindo a informação obtida, ser documentada, quer detalhadamente, quer relativamente aos objectivos e acções terapêuticas perconizadas, permitindo também aos membros da equipa de reabilitação, fazer reavaliações com intervalos de tempo regulares ou quando a alteração da condição de saúde da pessoa o exija.

No âmbito da enfermagem de reabilitação, o profissional no desenvolvimento da sua actividade, tendo subjacente um conjunto de competências clínicas especializadas, avalia, concebe, implementa e monitoriza os resultados da consecução das acções terapêuticas.

Devido à complexidade e às diversificadas interacções de condições presentes, a avaliação, deverá garantir uma abordagem de forma individualizada, permitindo assim uma abordagem, quer objectiva, quer subjectiva, no sentido desta se focalizar na identificação dos factores com a pretensão de prever o estado funcional da pessoa com vista à sua capacidade e ao desempenho relativamente às suas actividades de vida quotidianas, conseqüentemente, a necessidade de um cuidar de forma plural à saúde da pessoa idosa.

A avaliação geriátrico-gerontológica deve constituir-se como uma acção terapêutica, partindo da ideia de que devem ser implementadas acções no âmbito preventivo, que minimizem os riscos de disfuncionalidade associadas não apenas à condição de saúde, mas também a factores, que decorram do processo de envelhecimento e às condições psicossociais e ambientais (Perracini, Najas e Bilton, 2002). As mesmas autoras, consideram que a reabilitação gerontológica deverá representar a acção integrada e multidimensional de uma equipa multiprofissional ou, no mínimo, a acção de profissionais focalizados numa perspectiva abrangente do processo de envelhecimento, quer este seja considerado primário ou secundário.

Neste sentido, a avaliação da pessoa idosa após AVC poderá ser efectuada através de instrumentos padronizados e culturalmente validados – gerais ou específicos, permitindo assim a escolha, baseados na população a ser avaliada, devendo ser implementados para uma abrangente identificação das possíveis alterações em vários domínios, tais como ao nível físico-funcional, cognitivo, mental, e social.

No domínio físico-funcional, os componentes considerados como essenciais na avaliação, serão as actividades essenciais de vida diária, actividades consideradas importantes para a continuidade da vida, também designadas actividades de auto-cuidado (higiene

peçoal, vestir e despir, continência ao nível vesical e intestinal, alimentar-se, locomover-se).

Com o objectivo de estudar o perfil sócio-demográfico e a funcionalidade das pessoas após AVC, foram seleccionadas um conjunto de pessoas (dessaseis), que se encontravam no seu percurso de reabilitação (média de seis meses), destas, 60% encontravam-se na faixa etária entre os 56 e os 75 anos, e o tipo de AVC, (85,5% e 14,5%), correspondendo respectivamente a AVC isquémico e hemorrágico. Através da aplicação do índice de Barthel, os autores observaram que 81% das pessoas acometidas por esta condição de saúde eram Independentes, 13% necessitavam de supervisão ou assistência e 6% eram dependentes na realização das suas actividades de vida diária, tendo em conta o período em análise, concluindo que a reabilitação deve ser activada para obter uma maior funcionalidade e melhor qualidade de vida para estas pessoas (Polese, *et al.*, 2008).

As actividades instrumentais de vida diária, focalizando-se estas, em áreas diversificadas e de importância para o desempenho de uma vida independente ao nível societário, (actividades domésticas, telefonar, cumprir com a prescrição de medicamentos, controle financeiro), destacando-se a este nível, quanto à avaliação da capacidade funcional, a questão de género, já que a realização destas poderão estar sustentadas em diferenças culturais (papéis sociais) e não serem a razão de qualquer alteração funcional, assim como aspectos relacionados á mobilidade, sensitivos/sensoriais e estado nutricional.

Existindo ainda actividades consideradas avançadas de vida diária, dependendo estas de alguns aspectos considerados importantes para a sua realização, como a vontade, motivação, factores culturais, tais como, (conduzir, prática desportiva, tocar instrumentos musicais).

A avaliação ao nível das deficiências (alterações da função e estruturas do corpo) e a mensuração ao nível da capacidade de desempenho são fundamentais para a elaboração de um plano terapêutico adequado, já que possibilita identificar quais as componentes, que se apresentam alteradas, perspectivando assim também o potencial existente.

A condição hemiplegia/hemiparesia é a situação mais frequente após AVC, apresentando as pessoas acometidas interferências ao nível do movimento, manifestando-se como alterações ao nível da força, no membro superior e inferior do hemicorpo contralateral, evidenciando padrões funcionais desadequados para a execução de actividades de vida diária, podendo ser a componente da força muscular avaliada pelo teste muscular manual ou através da dinamometria, podendo ser implementadas acções terapêuticas como a

reeducação dos movimentos no espaço (treino de iniciação de movimentos apropriados e suporte de peso) (Ryerson, 2010).

Outra forma de avaliação objectiva será quanto ao movimento articular – amplitude de movimentos (ADM), permitindo avaliar a qualidade dos movimentos musculares, sendo estes baseados no perconizado na literatura, através da goniometria.

Quanto ao tónus–hipertonicidade clínica, esta poderá apresentar três situações decorrentes de um aumento do tónus, *tónus aumentado* (insuficiência no controle do tronco para a actividade ou instabilidade da musculatura proximal do membro - fraqueza do quadril), *tensão aumentada* (musculo biarticular apresentando alinhamento articular desadequado com consequente encurtamento), *tónus aumentado* (voluntariamente produzido nas tentativas de movimento activo, sobretudo nas extremidades), podendo estas ocorrerem em simultâneo. Como forma de mensurar a intensidade do tónus, na prática é utilizada a Escala de Asworth, sendo a sua utilização controversa (Ryerson, 2010).

Junqueira, Ribeiro e Scianni (2004) realizaram um estudo onde avaliaram a espasticidade (Escala de Asworth), força muscular (teste muscular manual), a actividade funcional (Motor Assessment Scale) e utilizaram também o teste de velocidade da marcha de 10m, a dez pessoas hemiparéticas, cinco homens e cinco mulheres, variando a manifestação do evento de um a seis anos, apresentando na sua maioria tempo inferior a onze meses relativamente ao tempo de lesão, sendo estas submetidas durante seis semanas a um protocolo de fortalecimento muscular global, associado a treino de tarefas específicas, concluindo que houve melhoria na produção de força e na actividade funcional, sem que houvesse aumento da espasticidade.

Quanto à análise de movimento da mobilidade funcional, este poderá ser focalizado na posição deitado, sentado ou em pé. Neste sentido, a importância da avaliação do estado sensorial e motor, torna-se preponderante, tendo em conta que o lado esquerdo do cérebro é considerado influente para a memória verbal e auditiva, capacidades analíticas e fala e o lado direito do cérebro com predomínio para a memória não verbal, criatividade, relações espaciais e percepção, apresentando as pessoas, com lesões a este nível, alterações perceptuais e sensitivas (Inatensão unilateral – neglet, cinestesia, agnosia e apraxia), manifestando-se, assim, na capacidade de planejar e executar o movimento no desempenho das actividades de vida diária (DGS, 2010).

Em reabilitação, sustentados na avaliação efectuada e nas necessidades identificadas os enfermeiros terão que ter como foco de atenção as actividades, que necessitam de ser reapreendidas conjuntamente com a pessoa/família/pessoa significativa, estabelecendo

objectivos funcionais, após o que podem desenvolver as acções terapêuticas na promoção do auto-cuidado destas pessoas.

Martins (2002), referencia Margaret (1979) em virtude desta autora evidenciar, no desenvolvimento do seu plano de recuperação duas fases: na primeira a pessoa terá uma participação menos activa, na segunda perconiza uma intervenção activa da pessoa, podendo a duração destas fases estarem na interdependência no que se refere ao desenvolvimento e resposta à lesão cerebral. A mesma autora advoga que de entre as acções terapêuticas implementadas pelo enfermeiro, assumem particular importância, os posicionamentos (no leito, posição de sentado), a organização da unidade da pessoa, exercícios de mobilização, desenvolvimento de acções terapêuticas e exercícios específicos e o suporte de necessidades humanas fundamentais.

Os posicionamentos deverão ser efectuados nos vários decúbitos (dorsal – menos tempo em virtude de ser o decúbito que favorece o padrão espástico, decúbito lateral para o acometido e decúbito para o lado não acometido) durante vinte e quatro horas em posturas inibitórias do padrão espástico, além dos cuidados inerentes aos posicionamentos – alinhamento corporal, prevenindo as zonas de proeminências ósseas e estabilização dos membros do hemicorpo acometido.

A forma de abordagem à pessoa deverá ser pelo lado acometido, no sentido de providenciar estímulo contínuo, assim como a organização da unidade, em que objectos, utensílios, que a pessoa pretenda alcançar, sejam colocados do lado acometido para uma maior consciencialização desse hemicorpo (Martins, 2002).

A realização de um programa de exercícios terapêuticos e de exercícios específicos (ponte, rolamento, facilitação cruzada, exercícios de automobilização, transferências – cama/cadeira e vice-versa, marcha), quer do lado acometido quer do lado oposto, revelam-se essenciais na prevenção da síndrome de desuso, no sentido de prevenir contracturas ou atrofas musculares, contribuindo também para a estimulação da circulação. Os objectivos perconizados quanto à realização das mobilizações são: readquirir o esquema corporal, exercitar mecanismos de reflexo postural, estimular a sensibilidade proprioceptiva, prevenir padrões inibitórios, facilitar as actividades no leito, melhorar o equilíbrio e preparar a pessoa para as posturas a adoptar na posição de sentado e de pé (DGS, 2010).

Ao nível do domínio cognitivo e mental, a cognição, conceito que traduz todo o envolvimento do funcionamento mental e consequentemente retrata as respostas aos estímulos externos, sendo relevante no que concerne ao desempenho nas actividades do dia-a-dia, já que alterações cognitivas poderão representar constrangimentos na

realização de actividades consideradas simples, inviabilizando o desenvolvimento do processo de reabilitação, podendo neste sentido, ser importante o estabelecer metas com a pessoa/família e a adopção de atitudes positivas, expectativas, motivação, e interesses dos mesmos, durante o processo de recuperação.

O meio envolvente apresenta-se preponderante no que concerne às funções psicológicas, já que os estímulos provenientes do ambiente são recebidos e precepcionados pela pessoa quanto à representação que dele emana, revelando-se assim, como interpretação estritamente pessoal.

As emoções envolvem reacções fisiológicas, quanto aos afectos subjectivos, estilos de acção, maneiras no estabelecer relações interpessoais, pensamentos e comportamentos manifestados, considerada a ansiedade, como a emoção chave no desenvolvimento de alterações ao nível psicológico (Vieira e Koenig, 2002). Os sentimentos de incompetência e de perda de controle, em virtude das alterações nas habilidades funcionais, repercutem-se na forma como enfrentam os desafios colocados, perante a existência ou não de projectos de vida.

Neste sentido, a avaliação a este nível deverá contemplar em termos de funções mentais específicas (atenção, memória, emocionais, psicomotoras, percepção, cognitivas de nível superior – executivas, linguagem, cálculo, entre outros), assim como aspectos das funções mentais globais (consciência, orientação, intelectuais, psicossociais globais,...).

No âmbito do domínio espiritual, ao considerar a pessoa como foco central nos cuidados de enfermagem, tendo em conta a sua singularidade e a complexidade da existência humana, remete-nos para um cuidar relacionado com o respeito pela pessoa, como um ser reflexivo sobre si e sobre a sua existência no reconhecimento de um sentido na vida.

Watson (2002) refere-nos que cuidar é um processo humano intersubjectivo, é o imaginário ético da enfermagem, sendo o seu papel baseado no cuidar, alicerçado na sua contribuição social, no compromisso moral para cuidar. O cuidar não é apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo, porque o cuidar encontra-se interligado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença, ao conhecimento dessas condições, às interacções ao nível do contexto situado, auto-conhecimento no sentido de perceber capacidades e limitações para negociar.

Ser pessoa é “Ser em relação”, realizando-se na relação com os outros, traduzindo-se no espaço de realização que é a própria pessoa nos seus encontros e relações (Caldeira, Gomes e Frederico, 2011). A enfermagem, como ciência humana, fundamenta-se numa epistemologia incluindo o mundo subjectivo e o mundo objectivo e, neste sentido, ao nível da prestação de cuidados, as pessoas poderão não se situar apenas ao nível do seu

mundo físico e objectivo, mas procurar transpor esse mundo, encontrando sentido na sua experiência de sofrimento (Caldeira, 2011). A mesma autora propõe o desenvolvimento da espiritualidade no cuidar, ao perspectivar a pessoa na sua pluralidade, por entender que cuidar é uma atitude relacional entre pessoas e reconhecer a dimensão espiritual, uma dimensão, que concede uma evidência de humanismo, que se exige na prestação de cuidados de enfermagem e no integral sentido de bem-estar da pessoa e da sua família.

Goldstein e Sommerhalder (2002) afirmam que a religiosidade e a espiritualidade apesar de serem características do Ser humano, as abordagens a estas temáticas têm vindo paulatinamente a ser consideradas importantes na área da gerontologia, evidenciando o paradoxo quanto às diversas razões, já, como constataam, o processo de envelhecimento remete-nos para questões existenciais, a que a religião têm tentado dar resposta; os censos nacionais revelam que a população professa algum tipo de crença religiosa, evidenciando que os idosos valorizam as suas crenças e os seus valores religiosos e por fim ao descreverem como gerem os eventos stressantes da vida (não-controláveis), as pessoas idosas pronunciam sobre a sua fé e a sua importância na superação dos momentos difíceis. A religiosidade está intimamente ligada aos comportamentos e crenças associadas e, para a sua avaliação, sugerem um modelo multidimensional de religiosidade, no sentido de avaliar tanto a experiência subjectiva, quanto as diversas formas de comportamentos e crenças religiosas, apresentando quatro dimensões sugeridas nas pesquisas: Crenças, rituais (práticas ou actividades religiosas institucionais e não-institucionais), experiência e conhecimento religioso e mais duas dimensões, focalizando-se estas no tipo de Motivação (*religiosidade Intrínseca* – internaliza as crenças no sentido da religião fazer parte da sua vida; *religiosidade extrínseca* – utiliza a religião para dar resposta às suas necessidades de segurança e autoprotecção).

Lucchetti *et al.*, (2011) entendem a religiosidade como o acreditar de uma pessoa no professar e praticar uma religião, podendo ser organizacional (participação na igreja, templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir a programas religiosos pela televisão).

No que diz respeito à espiritualidade, a sua conceptualização sustenta-se na capacidade da pessoa de se ligar consigo mesmo, com as outras pessoas e com um ser superior; da capacidade de se transcender a si própria e da preocupação e do cuidado com as gerações mais novas, com as pessoas em geral e com o mundo em que vivem, sendo esta entendida como a base emocional ou motivacional para a busca de sentido (Goldstein e Sommerhalder, 2002). As mesmas autoras referem-se a Moberg e Brusek(1978), já que estes autores chamam de “*dimensão horizontal*” da espiritualidade

(experiências do dia-a-dia), e “*dimensão vertical*” (aquela que procura alcançar Deus), transcendendo a espiritualidade, ideologias, rituais, dogmas e instituições, funcionando esta como um recurso interno da pessoa, podendo ser activada pelo contacto com a natureza, com as artes e com a experiência de vida, muitas vezes ligadas a projectos focalizados no bem comum.

As acções terapêuticas de enfermagem, desenvolvidas e sustentadas nos princípios éticos, requerem, por parte do profissional de enfermagem, o autoconhecimento de si próprio, no sentido de adequar a resposta humana às pessoas que dela necessitam, face à dimensão espiritual.

Goldstein e Sommerhalder (2002) fazem referência ao estudo de Dillon e Wink (2000) no qual avaliaram pessoas quanto à religiosidade e espiritualidade, usando duas componentes de maturidade psicológica, como base para a avaliação. Uma direccionada para fora (*funcionamento adaptativo na sociedade* – relações positivas com os outros, participação social a vários níveis) a outra direccionada para dentro (*processo interno de autoconhecimento* – procura de crescimento pessoal). Quanto aos resultados estes indicaram que as pessoas com elevado nível de religiosidade apresentaram predominância da componente externa de maturidade, enquanto que as que possuíam elevado nível de espiritualidade priorizavam o processo interno de autoconhecimento.

A consciencialização da própria espiritualidade por parte do profissional de enfermagem por um lado e o entendimento da espiritualidade como factor facilitador do processo de *coping*, torna-se essencial na procura do sentido de vida das pessoas, sendo estes considerados factores, que devem ser incorporados na prática de cuidados (Caldeira, Branco e Vieira, 2011).

Relativamente ao domínio social, o suporte ou apoio, quer emocional, quer social, traduzindo-se este, pelas competências individuais nos relacionamentos estabelecidos e nas relações e actividades humanas ao nível comunitário, são considerados aspectos fundamentais no processo de reabilitação.

Pinheiro e Ferreira (2002), abordando vários autores, entendem que a percepção do suporte social, definida enquanto expectativas de que o apoio ou o suporte, poderá existir, quando precisarmos dele, revela-se como um factor mediador no confrontar com vivências constrangedoras no que concerne ao bem-estar físico e emocional, evidenciando que as investigações a este nível – percepção do suporte social, se têm direccionado para a avaliação da percepção da disponibilidade (aptidões sociais e circunstâncias de vida) e para a percepção da satisfação (características da personalidade), com esse mesmo suporte.

As redes sociais, compreendidas como os tipos de relações instituídas entre os elementos constituintes de uma comunidade, poderão ser mensuradas em relação ao tamanho, intensidade das relações estabelecidas, duração e frequência, sendo importante para os profissionais entenderem a inter-relação efectivada, para a identificação da provável disponibilidade da rede em diversos contextos, possibilitando experimentar com qualidade, independentemente de se terem que implementar possíveis adaptações, com o propósito desta poder constituir-se como um factor protector para a saúde das pessoas, permitindo a redução de elementos stressores, tanto para a pessoa em situação de dependência como para os cuidadores.

Lacerda (2009), no seu estudo de natureza qualitativa/descritiva, focaliza aspectos *facilitadores* (Percepções realistas no alcance de metas, possibilitando a satisfação pessoal e consequentemente a satisfação com a vida, actividades de lazer para ocupação de tempo, grande confiança em Deus, contribuindo de forma a diminuir os seus níveis de ansiedade e consequente esperança na recuperação, considerado como valor terapêutico – crença religiosa, relações familiares – aceitação, respeito, apoio afectivo, reforma condigna, entre outros) e aspectos considerados como *barreiras* da transição (baixo nível sócio-económico, as pessoas de mais idade, poderão apresentar condições orgânicas mais desfavoráveis, sentimento de desconforto, devido à dependência da família nas AVD, desinteresse e abandono de metas,...) das pessoas acometidas por AVC. Baseado no modelo de adaptação à transição de Shossberg (1981), o autor entende que mesmo sendo portador de uma sequela e/ou deficiência, a pessoa que se encontra numa idade madura (processo de envelhecimento – desenvolvimento humano), pode ser possuidora de uma qualidade de vida, já que uma velhice caracterizada de bem-estar, requer muito mais que recursos fisiológicos, requer também recursos socioculturais, que possam manter vivas as funções cognitivas no sentido de potenciar as suas percepções do mundo e vivência social, unificando-se, e desta forma, conceber a qualidade de vida.

A avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC torna-se imperiosa como acção terapêutica a implementar, permitindo a identificação aos vários níveis dos domínios fundamentais. Todas as acções terapêuticas desenvolvidas pelos membros da equipa de reabilitação deverão ser focalizadas nos objectivos terapêuticos perconizados no sentido de otimizar a sua funcionalidade e, consequentemente, melhorar a sua qualidade de vida /bem-estar, alicerçados na singularidade das mesmas.

4 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

A OMS, após processo de revisão aprofundado da anterior classificação concebida (*ICIDH – Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens*), em Maio de 2001, na 54^a Assembleia Mundial de Saúde, aprovou uma nova classificação constituindo-se como um quadro de referência universal adoptado pela entidade acima referida com o propósito da compreensão e mensuração dos níveis de funcionalidade e da incapacidade humana, quer no âmbito individual, quer societal, tendo em conta factores ambientais (quer facilitadores, quer constituindo-se estes como barreiras), perspectivando-se estes factores como os diferenciadores das anteriores classificações, designando-se esta na versão oficial de língua português *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (Fontes, Fernandes e Botelho, 2010; DGS, 2004; Sampaio, *et al.*, 2005).

Este sistema de classificação representa uma mudança de paradigma, traduzindo-se na alteração do foco da doença para o foco na saúde, permitindo uma perspectiva diferenciada da condição ou estado de saúde em contextos específicos, com a consequência de compreender a situação de saúde das pessoas ou comunidades de forma dinâmica e complexa, tendo subjacente o quadro multidimensional relativo à experiência de saúde (Nubila e Buchalla, 2008).

Fontes, Fernandes e Botelho (2010), a este propósito, evidenciam a diferenciação deste paradigma conceptual dos anteriores, muitas vezes no reducionismo sustentado quer no modelo médico, quer no modelo social, avançando este sistema de classificação, para uma perspectiva abrangente, integrativa e universal da funcionalidade e incapacidade, onde a interacção pessoa/ambiente aos vários níveis, emergem assim das condutas da saúde biológica, individual e social.

Neste sentido, tendo aplicação universal, remete-nos para a ideia de que não é aplicável apenas para pessoas, que apresentem incapacidades, podendo ter um âmbito alargado na sua aplicabilidade, no sentido de organização da informação considerada pertinente de forma integrada, facilitando a sua acessibilidade, quer quanto à saúde, sendo um dado importante nesta classificação de que não são as pessoas as unidades de classificação, mas os estados relacionados com a saúde, independentemente, da condição da mesma, podendo ser descritos através dos vários componentes da CIF (DGS, 2004).

A estrutura conceptual da CIF, permitindo uma visão biopsicossocial, integrando a saúde aos níveis corporal e social, em que os termos utilizados deveram apresentar-se sem conotações negativas (neutros), possibilita perceber desta forma, que o mesmo

diagnóstico poderá apresentar limitações funcionais diferenciadas, dividindo-se esquematicamente em duas partes, contendo cada uma dois componentes: O primeiro contendo o da Funcionalidade, onde esta é utilizada como aspecto positivo, incorporando as *Funções Corporais* – consideradas as funções fisiológicas ou psicológicas dos sistemas do corpo; as *Estruturas do corpo* – como as partes anatómicas do corpo tais como órgãos, membros e outros constituintes, classificados de acordo com os sistemas orgânicos. O termo deficiência ajusta-se a alterações apenas no nível do corpo – desvios ou perda significativos; a *Actividade*, considerada a execução de uma tarefa ou acção desenvolvida pela pessoa, revelando o prisma individual da funcionalidade e a *Participação*, considerada como o envolvimento da pessoa numa situação da vida do dia-a-dia, representando o prisma social da funcionalidade (Fontes, Fernandes e Botelho, 2010; Nubila e Buchalla, 2008; DGS, 2004).

O segundo componente os *Factores Contextuais* podendo estes ser externos à pessoa, como factores ambientais, constituindo-se estes em que as pessoas vivem e encaminham a sua vida, e os inerentes à mesma – factores pessoais, tais como, idade, sexo, profissão, entre outros, não codificados ainda nesta classificação, devido à diversidade social e cultural, sendo estes considerados também relevantes na forma de lidar com as condições de constrangimento, tendo impacto sobre as classificações da primeira componente acima referenciada. O termo incapacidade apresenta-se de forma mais abrangente, designando os aspectos negativos da interacção estabelecida, tendo em conta a condição de saúde e os factores contextuais, englobando neste as deficiências (alterações das funções corporais e das estruturas corporais), as limitações das actividades e as restrições na participação (Fontes, Fernandes e Botelho, 2010; DGS, 2004).

Como objectivo prático, a classificação CIF, preconiza facultar uma linguagem padronizada para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde a vários níveis, perspectivando acompanhamento ao longo do tempo, facilitando a comunicação (Pessoas e membros das equipas multiprofissionais) e a tomada de decisão, assim como codificação para sistemas de informação de saúde (DGS, 2004).

Nubila e Buchalla (2008) são de opinião que apesar do interesse por esta classificação CIF, ainda existem poucos estudos em curso sobre a sua avaliação e do seu impacto, devido a ser uma classificação recente, com alguma complexidade, traduzindo-se em alguma dificuldade na sua utilização e aplicabilidade prática.

Maeno, Takahashi e Lima (2009) referenciam que uma das estratégias implementadas para o desenvolvimento na utilização da CIF, foi a elaboração de “Core Set” (itens

essenciais) para a descrição e qualificação relativamente a situações específicas de saúde.

Roselló (2009) entende que o exercício do trabalho interdisciplinar, constitui-se como uma actividade e um desafio no mundo da saúde, necessitando de uma articulação no domínio da linguagem comum, sendo necessário a articulação de uma linguagem compreensível do ponto de vista plural e só assim a forma de diálogo e a inter-relação profissional são viáveis.

Esta forma de classificação permite valorizar o que a pessoa idosa após AVC consegue desempenhar, tendo como foco as suas limitações nas actividades e restrições na participação, inseridas no ambiente onde se encontra, atribuindo relevância às competências preservadas e não às incapacidades evidenciadas, ao nível dos domínios avaliados.

Fontes, Fernandes e Botelho (2010) advogam que esta classificação necessita de ser estudada nas dimensões sociais, políticas e culturais, constituindo-se assim um desafio, mas enaltecem a mesma tendo por base o paradigma, que se centra na funcionalidade como um sistema de múltiplos sistemas, em interacções constantes, traduzindo-se numa perspectiva biopsicossocial, focalizada na saúde, privilegiando a capacidade e o desempenho ao invés da incapacidade.

Em sumula, referenciamos Fillenbaum (1986) cit. Botelho (2005), quando afirma que o conceito de funcionalidade ou capacidade funcional está relacionada com a autonomia na concretização de actividades essenciais no quotidiano das pessoas, como as actividades de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se encontram inseridas, possibilitando assim o viver de forma independente.

A longevidade poderá levar à possibilidade de uma pessoa idosa ser portadora de uma condição crónica de saúde (envelhecimento normal e as suas diferenças com o patológico), estando perante a vulnerabilidade de ambas as condições, que determinam desafios aos recursos pessoais e sociais, que possibilitem adaptação ao contexto em que se inserem. As pessoas portadoras de uma condição crónica de saúde, apresentam, pelo menos, alterações no seu funcionamento biológico, encontrando-se este comprometido. Porém, indo além do domínio biológico e admitindo-se a interveniência de factores psicológicos e sociais, é de admitir que pessoas com essas condições, possam desenvolver mecanismos compensatórios, que lhes permitam uma adaptação ao longo de seu desenvolvimento.

Algumas pessoas idosas podem necessitar de tempo para a recuperação da sua condição de saúde em virtude das múltiplas condições, que se sobrepõem a uma

condição primária como o AVC; neste sentido, sejam do âmbito biológico, psicológico, social, político e/ou cultural, representam desafios, que deverão ser enfrentados, com competência. Para as pessoas acometidas por um acidente vascular cerebral, a sua abordagem deve conter como foco de atenção, a pessoa na sua pluralidade, acompanhando-a na caminhada da sua existência humana.

B – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL

5 – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Com a sustentação em dados demográficos/projecções demográficas, a serem demonstrativos do aumento da proporção da população com mais de 65 anos e a redução da população até aos 15 anos, a confrontação com o designado “*Duplo envelhecimento*”, assim como o crescimento de níveis de dependência decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, em decorrência das pessoas terem uma esperança média de vida mais elevada, ao suportarem uma qualquer condição de saúde durante mais tempo, assim como alterações surgidas no padrão epidemiológico e no comportamento social com novos redimensionamentos do tipo de família determinaram a necessidade de emergir uma nova tipologia de cuidados, com um modelo que visasse dar respostas com efectividade aos problemas evidenciados com o propósito de recuperar, promover ou manter a funcionalidade ajustando às necessidades das pessoas, às respostas diversificadas e aos diversos momentos e circunstâncias da própria evolução das condições de saúde, assim como situações sociais de forma integrada, articulada, remetendo ou tendo como foco o Plano Nacional de Saúde e de Políticas de Segurança Social (Gonçalves, 2010; Cabral, 2010; Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Previamente à aprovação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), foram desenvolvidos trabalhos no sentido de uma reorganização nos sistemas de saúde, em virtude dos modelos de organização vigentes à altura, se sustentarem nos cuidados de saúde diferenciados (unidades hospitalares direccionadas para prestação de cuidados a situações de saúde agudas) e nos cuidados de saúde primários, traduzindo-se desta forma por existência de um hiato entre estas diferentes respostas em termos de saúde, não dando resposta de forma integrada e articulada às necessidades emergentes, pessoas com dependência funcional temporária, doenças crónicas evolutivas, níveis de dependência funcional por condições de saúde do âmbito físico ou psíquico, temporárias ou permanentes, assim como pessoas acometidas por condições de saúde em fase terminal da sua existência humana (Gonçalves, 2010; Cabral, 2010).

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), foi instituída pela aprovação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Pela designação de Rede esta, através da abordagem do Art.3º, auxilia-nos no entendimento e no esclarecimento de alguns conceitos, como, *Cuidados paliativos; Acções paliativas; Continuidade dos cuidados; Integração de cuidados; Multidisciplinaridade; Interdisciplinaridade; Dependência;*

Funcionalidade; Doença Crónica; Processo individual de cuidados continuados; Plano Individual de intervenção; Serviço comunitário de proximidade; e Domicílio, remete-nos para uma optimização da oferta de serviços, quer no âmbito da saúde, quer social, e que o modelo de intervenção deverá ter como foco de atenção (centro da decisão) a pessoa e os seus cuidadores com uma perspectiva de continuidade de cuidados. No mesmo (Art.3º) por “*Cuidados Continuados*”, compreende-se “*o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social;*” (p.3857).

Após a sua criação em 2006, a Rede tendo como coordenação a nível nacional e esta sendo definida, em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Art.9º), levou a que fosse concebida a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, com funções de coordenação da mesma e a preparação de propostas e planos de desenvolvimento anuais e plurianuais, assim como a preparação do modelo de contratualização a instituir com as entidades prestadoras, apontando garantir a monitorização e o funcionamento da mesma de acordo com os objectivos, o modelo de organização e intervenção delineados (Gonçalves, 2010).

Com a implementação da RNCCI pretendeu-se otimizar as respostas de saúde e de apoio social, promovendo a edificação de unidades e equipas de cuidados, sustentadas em parcerias públicas, sociais e privadas, com vista à continuidade de cuidados, tendo como foco a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência (com perda da sua funcionalidade), obter com a promoção da autonomia, restabelecimento sempre que possível e adaptação à incapacidade, perspectivando a manutenção ou melhoria da qualidade de vida, através do apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequado à respectiva situação (alínea C do Art.4º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho), com o propósito da maximização possível da autonomia e da participação dos destinatários. Quanto ao planeamento estratégico da RNCCI, foram definidos do ponto de vista quantitativo, através de um modelo de desenvolvimento territorial nacional com uma perspectiva evolutiva um período de dez anos (2006 - 2016), constituindo-se este em três fases em termos da oferta de respostas: na Fase 1, de 2006 a 2008, inclusão de experiências piloto, assegurando, 30% da cobertura desejada; na Fase 2, entre 2009 e 2012, com o objectivo de assegurar 60% de cobertura; na Fase 3, de 2013 a 2016, com a meta de 100% da cobertura (Campos e

Simões, 2011; Gonçalves, 2010; Cabral, 2010; RNCCI, 2009; Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Ao abordarmos o Artº 9 do Decreto-Lei, podemos constatar a natureza pluridisciplinar e o carácter pluriespacial, na concretização da diferenciação em termos territoriais de forma articulada e hierarquizada na sua coordenação, quer ao nível nacional, quer regional e local. Nos dois primeiros níveis, constata-se competências ao nível de planeamento macro e financiamento, ao nível local as competências desenvolvidas constituem-se no reconhecimento e identificação micro no terreno, na identificação das necessidades e acompanhamento de situações necessárias de intervenção (Cabral, 2010; Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

A prestação de Cuidados Continuados Integrados é garantida através de *UNIDADES DE INTERNAMENTO* (Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Cuidados Paliativos), assim como *UNIDADES DE AMBULATÓRIO* (Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia) e *EQUIPAS HOSPITALARES* (Equipas de gestão de altas e Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos), assim como *EQUIPAS DOMICILIÁRIAS* (Equipas de cuidados continuados integrados e Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos) (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Devido a este estudo ter sido realizado ao nível das unidades de internamento da RNCCI no distrito de Coimbra, excepto nas Unidades de cuidados paliativos, iremos por esse motivo, focalizarmo-nos apenas em três tipologias de resposta para os diferentes tipos de necessidades, com diferentes objectivos e critérios para admissão, assim como a diferenciação fase à intensidade de recursos, sendo elas as Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção.

As *Unidades de Convalescença* constituem-se como unidades de internamento independente, integradas num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, visando a prestação de tratamento e supervisão clínica, sob direcção médica e de enfermagem de forma permanente, assim como cuidados clínicos de reabilitação, tendo por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável, e que não necessitem de cuidados hospitalares de agudos. Destinam-se a internamentos com uma estimativa de até 30 dias consecutivos por cada admissão (Artº 13º e 14º, do Decreto-Lei).

As *Unidades de Média Duração e Reabilitação* são unidades de internamento com espaço físico próprio, articuladas com o hospital de agudos para a prestação de cuidados

clínicos, sendo gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial, tendo como propósito a reabilitação e apoio psicossocial, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Estando estipulado que o período de internamento tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão (Artº 15º e 16º, do Decreto-Lei).

As unidades de Longa Duração e Manutenção, sendo gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial, conferem apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. A permanência nestas unidades poderá efectivar-se por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Estas Unidades podem até 90 dias por ano, proporcionar o descanso do principal cuidador, em situações, decorrentes de dificuldades de apoio familiar (Artº 17º e 18º, do Decreto-Lei).

A referenciação para a rede inicia-se com o registo na plataforma do sistema de informação da Rede e é efectuada através de proposta, tendo como origem os hospitais de referência da zona, através das Equipas de Gestão de Altas (EGA), tendo como origem os Cuidados de Saúde Primários, os Centros de saúde correspondentes, esta é efectuada pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Após a sinalização, a formalização da aceitação do internamento por parte da Pessoa/Família, usufruindo das alternativas disponíveis (Respeito pelos Princípios – Artº6) e a identificação da tipologia de cuidados considerada adequada às necessidades das pessoas, tendo em conta a condição de saúde e o nível de dependência, é remetido à ECL (equipa de coordenação local) através dos meios instituídos, plataforma informática, no sentido desta providenciar (após confirmada a proposta inicial) a respectiva unidade prestadora, de forma a processar-se o internamento e a respectiva prestação de cuidados.

Este modelo é caracterizado por ser integrado, articulado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, como parceiros de excelência, utilizando tipologias de respostas diversas, sendo estas em consonância com o momento da evolução da dependência, com a finalidade de prestar cuidados no âmbito preventivo, recuperador e paliativo, constituindo-se por um nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, situando-se entre o internamento a nível hospitalar e os cuidados de base comunitária.

Após a aprovação da RNCCI, esta foi considerada como possivelmente a reforma do sistema de saúde mais relevante desde que em 1978, em Portugal, foram concebidas as

condições de acesso universal de todos os cidadãos aos cuidados de saúde (Campos, 2008).

No domínio da profissão de enfermagem, considerada, como uma profissão sustentada na “relação com o outro – pessoa”, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros como associação pública cujas prerrogativas são a definição e a verificação das regras respeitantes à correspondente actividade profissional dos seus membros, em 2009 elaborou um referencial ao qual designou “*Referencial do Enfermeiro*”, com o objectivo de apresentar um padrão de documentação, com o propósito de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito da RNCCI.

Sustentados no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), os profissionais de enfermagem no desenvolvimento do exercício da sua actividade profissional devem focalizar-se, na promoção da saúde, na prevenção da doença, no tratamento, na reabilitação e na reinserção social da pessoa, tendo em conta o contexto onde esta se insere, para a consecução das respostas humanas mais adequadas às mesmas, no sentido destas manterem, melhorarem e recuperarem a sua condição de saúde e os percursos de vida, sustentados em processos de intervenção na relação interpessoal, contribuindo dessa forma para a edificação em parceria do seu projecto de saúde. Neste sentido, sendo parte inerente da sua actuação, a avaliação individualizada das suas necessidades (diagnóstico de enfermagem, resultados esperados), o planeamento, execução das acções terapêuticas, assim como a avaliação, baseada nos resultados, das pessoas com dependência, permite a observância e reflexão para uma optimização da sua condição de saúde – funcionalidade, reflectida esta na capacidade adaptada ao contexto/ambiente.

Face aos diversos contextos, onde as metodologias do trabalho em equipa poderão ser diversificadas, cabe aos profissionais de enfermagem reconhecer as delimitações pertencentes ao perfil da sua competência, desenvolvendo a sua actividade profissional em parceria com outros profissionais na implementação de acções interdisciplinares (projectos comuns), na integração de esforços e sinergias tendo como aspecto central o nível de saúde das pessoas salvo dos cuidados.

A mesma entidade (O.E., 2009), como esclarecimento aos objectivos perconizados e alicerçados na qualidade de cuidados pretendida, remete-nos para aspectos entendidos como fundamentais, no qual se evidenciam a qualificação dos profissionais, as condições de estrutura, a filosofia subjacente da RNCCI, a formação e a investigação, assim como as actividades de humanização e conforto das pessoas, que usufruem dos serviços da RNCCI, considerando estes factores como determinantes para a contribuição de uma

reflexão relativamente à dotação dos profissionais de enfermagem para uma efectividade de cuidados de qualidade, englobando aspectos relevantes, quanto ao mandato social da profissão de enfermagem.

Aspecto importante no que concerne à prestação de cuidados e atribuições das diversas unidades de internamento, nas tipologias da Rede, acima evidenciadas (Convalescença, Média duração e Reabilitação e Longa duração e Manutenção) e de acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, aprovado na assembleia de colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação, da Ordem dos Enfermeiros, em Setembro de 2010, este traduz o perfil de competências clínicas especializadas em enfermagem de reabilitação e que no artigo 4º do regulamento consagra as seguintes competências: I) Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; II) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; III) Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Paúl e Fonseca (2001) advogam sobre a necessidade de elevar e melhorar os cuidados a prestar às pessoas idosas através de diversas avaliações, que tenham em apreciação os aspectos psicossociais da saúde e do bem-estar, dando ênfase à prestação de cuidados continuados, que possibilitem um incremento da qualidade de vida no sentido mais amplo do termo.

Neste sentido, o enfermeiro especialista, de acordo com a sua área de competência, poderá desempenhar um papel determinante no processo de cuidados, em articulação com outros elementos da equipa multiprofissional no desempenho de acções interdisciplinares, na readaptação e na reintegração das pessoas em situação de dependência, optimizando e/ou potencializando o seu desenvolvimento.

PARTE II – METODOLOGIA E ESTUDOS SUBSEQUENTES

1 – OPÇÕES METODOLÓGICAS: PROBLEMÁTICA, OBJECTIVOS, E ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO

Em qualquer pesquisa, é indispensável conhecer a metodologia utilizada para permitir, a correcta interpretação do resultado de investigação.

Tuckman (2012) aborda a investigação, referenciando que a mesma é realizada a partir da identificação de um problema examinando as variáveis relevantes através de uma revisão da literatura, construindo uma hipótese plausível, criando um desenho de investigação com o intuito de estudar o problema, recolhendo e analisando os dados apropriados e, a partir destes, extrair as conclusões acerca da relação entre as variáveis, não deixando por isso de salientar que o processo de investigação, quando justamente compreendido, dá-nos uma base para lidar com tais situações de uma forma mais lógica e adequada.

A temática da pessoa idosa assume relevância pelos dados sociodemográficos conhecidos, pelas implicações socioeconómicas e pelos problemas de saúde (sendo alguns novos, outros de continuidade), que os acompanham. O aumento exponencial da esperança média de vida, sendo uma conquista civilizacional, é também um desafio sem precedente com os quais as sociedades modernas estão confrontadas. Os acidentes vasculares cerebrais, não sendo exclusivos da terceira idade, assumem uma maior prevalência neste grupo etário, colocando assim desafios particulares a que os prestadores de cuidados informais e formais têm de dar resposta. O conhecimento de pormenor das circunstâncias, manifestações e particularidades da pessoa idosa com AVC permitirá uma qualificação dos cuidados indo ao encontro de respostas mais assertivas, da rentabilização de recursos, da focalização de acções no que possa ser essencial. É neste sentido que se justifica com forte relevância científica e social o estudo da população idosa acometida por AVCs.

É no seguimento destas preocupações e pressupostos que nos propomos estudar a “Actividade Motora da pessoa idosa após AVC. Desafios e Contributos de Enfermagem”, apresentando de seguida uma breve referência às opções metodológicas de cada um dos três estudos, opções que serão desenvolvidas aquando das respectivas apresentações detalhadas.

Colocámos então estas duas questões centrais:

- a) Quais os contornos e especificidades da actividade motora da pessoa idosa após AVC?

- b) Como podem as intervenções de enfermagem contribuir para a melhoria da actividade motora da pessoa idosa acometida de AVC?

Olhando para o problema de investigação – estudo da actividade motora da pessoa idosa após AVC, pretendemos desenvolvê-la com os seguintes objectivos:

- Estudar os factores ligados à actividade motora, que mais influenciam o bem-estar da pessoa idosa após A.V.C.
- Estudar de que forma os domínios da actividade motora, físico, psicológico, espiritual, e social se interligam com o bem-estar da pessoa Idosa após A.V.C..

Apontámos assim como finalidades desta investigação:

- Contribuir para uma maior e mais abrangente compreensão da pessoa Idosa após A.V.C.;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa Idosa após A.V.C..

No desenvolvimento desta investigação foram realizados três estudos de cariz investigacional diferente, mas interligados.

Estudo I – Compreensão da actividade motora na pessoa idosa após AVC.

Com a finalidade dupla de conhecer as expressões das dificuldades e expectativas relacionadas com a actividade motora na pessoa idosa após AVC e a emergência de categorias a serem utilizadas nos restantes estudos. Neste primeiro estudo tivemos como objectivos específicos:

- a) Conhecer as manifestações e expressões essenciais da actividade motora e de categorias a ela associadas em pessoas idosas após AVC.
- b) Construir uma proposta de protocolo de avaliação das expressões e manifestações da Actividade Motora na pessoa idosa após AVC.

Para a concretização destes objectivos entrevistaram-se num enquadramento fenomenográfico um conjunto de pessoas idosas após terem sido acometidas de AVC. Foram realizadas entrevistas, semi-estruturadas, com base num guião de entrevista, em número julgado conveniente atendendo a critérios de saturação.

A população deste estudo é então constituída pelas pessoas Idosas, que tivessem estado internadas (com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral) em serviços de instituições

hospitalares do distrito de Coimbra, instituições com protocolos com as anteriores (cuidados de convalescença, cuidados de média duração e cuidados de longa duração). Estas deveriam estar registadas nos respectivos centros de saúde pertencentes ao distrito em estudo e cuja sua situação clínica permitisse a sua colaboração.

O estudo foi realizado até à saturação dos dados, num período compreendido temporalmente entre Maio e Dezembro de 2008.

Os critérios de inclusão na amostra deste estudo foram:

- Idade a partir dos 65 anos
- Ter lesão neurológica com compromisso da actividade motora, sem compromisso cognitivo, que inviabilizasse a colaboração.
- Pertencer ao distrito de Coimbra.
- Concordarem em participar no estudo após terem recebido informação adequada a respeito do projecto (consentimento informado).

Concomitantemente na realização das entrevistas foi colhida informação relativa a dados sociodemográficos para caracterização dos informantes, propósito que foi secundado pela utilização de dois instrumentos padronizados:

ÍNDICE DE BARTHEL (adaptado de Mahoney e Barthel, 1965)

Este índice simples de independência tem sido usado para a avaliação da capacidade de desempenho, de autocuidado, mobilidade e continência das pessoas em termos da reabilitação das mesmas, permitindo assim a avaliação da sua evolução em termos da sua condição de saúde.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION – (MMSE) – (adaptado de Manuela, G. e colab., 1994)

O MMSE de Folstein, Folstein e McHugh (1975) foi traduzido e adaptado à população portuguesa por (Guerreiro, *et al.*, 1994), considerado como um instrumento, que avalia o *status* cognitivo de forma global.

A análise do material recolhido nas entrevistas realizadas foi efectuada com metodologia fenomenográfica adequada, com recurso a um programa informático de tratamento de dados qualitativos.

A análise realizada e as sínteses produzidas tiveram o contributo, e foram validadas, por um painel de peritos constituído para o efeito, com o objectivo de extrair indicadores, que pudessem nos estudos subsequentes servir de base a um instrumento de recolha sistematizada de informação (Protocolo de Avaliação).

Estudo II – Construção e validação de um protocolo de avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC (PAMPI-AVC).

No seguimento e interligado com o estudo antecedente, propomo-nos com este segundo estudo testar, aperfeiçoar e validar um instrumento de recolha e sistematização de informação sobre a actividade motora da pessoa idosa após AVC.

Definimos como objectivos específicos deste segundo estudo:

- a) Testar a proposta de instrumento de recolha de informação construído no estudo I
- b) Avaliar as características psicométricas de fidelidade e validade do questionário de avaliação da actividade motora da pessoa idosa após AVC.
- c) Elaborar a versão final do protocolo de avaliação da actividade motora da pessoa idosa após AVC.

A população deste estudo foi constituída por pessoas idosas, que tivessem estado internadas (com diagnóstico de A.V.C.) em serviços de instituições hospitalares, estando estas referenciadas nos respectivos centros de saúde pertencentes ao distrito de Coimbra. Este estudo foi realizado no período de Novembro de 2010 a Outubro de 2011.

Os critérios de inclusão na amostra deste estudo foram:

- Idade a partir dos 65 anos. (posteriormente alterado para os 55 anos)
- Ter lesão neurológica com compromisso da actividade motora, sem compromisso cognitivo, que inviabilizasse a colaboração.
- Pertencer ao distrito de Coimbra.
- Concordar participar no estudo após ter recebido informação adequada a respeito do projecto.

Estudo III – Caracterização da actividade motora e outros aspectos da vida de uma população idosa após AVC.

Neste terceiro estudo tivemos como objectivos específicos:

- a) Conhecer a actividade motora e outros aspectos da vida de uma população idosa após AVC;
- b) Relacionar as condições da actividade motora com as variáveis de natureza espiritual, afectiva e social;
- c) Identificar prioridades para as intervenções de enfermagem, visando o bem-estar da pessoa idosa após AVC

Para a concretização deste terceiro estudo contámos com os dados colhidos a pessoas idosas da nossa amostra, participantes do estudo anterior.

2 - ESTUDO I - COMPREENSÃO DA ACTIVIDADE MOTORA NA PESSOA IDOSA APÓS AVC: CONTRIBUTOS DE UMA ABORDAGEM QUALITATIVA PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO.

2.1 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO, ABORDAGEM FENOMENOGRÁFICA

No processo de investigação científica, as decisões metodológicas (métodos e técnicas que dirigem a pesquisa) são importantes para assegurar a fiabilidade e a correcta interpretação dos resultados de investigação.

Com o propósito de desenvolvimento deste primeiro estudo, propusemos como objectivos do mesmo, estudar as dimensões da actividade motora comprometida e estudar variáveis associadas, que mais influenciam o bem-estar da pessoa idosa após AVC. Estas pessoas encontravam-se no seu percurso de reabilitação na RNCCI do distrito de Coimbra e, conseqüentemente, após a apresentação dos resultados captados de forma indutiva, permitir compreender o significado do fenómeno observado em contexto natural, através das relações íntimas estabelecidas entre o investigador e o que está a ser estudado, no sentido de, subseqüentemente a este estudo, elaborar um protocolo de avaliação com uma abordagem dedutiva mais condizente com a implementação de métodos quantitativos, com a finalidade de avaliar a actividade motora da pessoa idosa após AVC, tendo em conta o contexto dos estudos delineados.

Frequentemente, a natureza das investigações são colocadas de forma dicotómica e em confronto, e não na perspectiva de complementaridade. De facto, em termos de investigação, elas são mais complementares do que contraditórias. A investigação qualitativa ajuda na compreensão do “*quê*” e do “*como*”, o que na investigação quantitativa se repercute com a força dos números a identificar, sendo reconhecido que esta potencialidade da mesma não ajuda no entanto à compreensão de singularidades, que podem explicar os resultados, enfatizando os pontos de vista do subjectivo (Flick, 2009; Ribeiro, 2008).

Coyle e Willians (2000) são de opinião que a compreensão dos dados qualitativos pode ser apoiada na elaboração e no desenvolvimento de instrumentos quantitativos, que são mais sensíveis aos significados e interpretações dos participantes (Livta e Jacoby, 2004).

A acelerada mudança social e a conseqüente diversidade dos universos de vida levam os investigadores a confrontarem-se com novas realidades sociais, conduzindo assim ao desenvolvimento da investigação com recurso a estratégias indutivas, para o estudo dos significados subjectivos e da experiência quotidiana (Flick, 2005).

Face às decisões que o investigador tem que enfrentar, para encontrar um caminho em busca de uma possível resposta ao problema, que o motivou para um projecto de investigação, sem alguma competência técnica e metodológica não é provável, compreender qualquer actividade humana complexa (Tuckman, 2012).

No domínio da Enfermagem estimula-se a prestação de cuidados às pessoas focalizando determinados atributos enquanto seres humanos, num sistema plural, evitando focalizar-se no cuidar de uma parte da pessoa, fragmentando-a. Neste sentido cuidar numa perspectiva holística (plural) evitando o reducionismo, deverá estar no cerne do exercício profissional de Enfermagem. É assim que a abordagem qualitativa, remete-nos para a existência de uma relação dinâmica e indissociável entre o mundo objectivo e a subjectividade da pessoa (Queiroz, Meireles e Cunha, 2007).

Ao focalizarmos a nossa atenção na saúde, será uma forma de olharmos a pessoa como uma entidade biopsicossocial, entendendo a complexidade e, indubitavelmente, a impossibilidade da sua apreensão, enquanto totalidade (Pereira, 2005). A pesquisa no domínio dos cuidados de saúde, deve direccionar-se para um “*movimento heurístico*”, com a intencionalidade, não de estabelecer a verdade, mas de divulgar, evidenciando os componentes da complexidade das situações da experiência humana, tentando clarificá-las (Hesbeen, 2004).

O método de análise subjacente, que guiou o processo de investigação neste estudo, foi o método fenomenográfico. Esta opção deve-se ao facto da fenomenografia estar direccionada para o conteúdo e as diferentes formas de compreender, sendo estas não perspectivadas como qualidades individuais, mas como categorias descritivas a serem utilizadas na compreensão dos casos concretos de funcionamento humano (Fernandes, 2005).

Iremos apresentar, seguidamente, uma abordagem do método subjacente ao processo de pesquisa, o modo de selecção dos informantes e a caracterização dos mesmos, colheita de informação (modo de abordagem e os instrumentos de colheita de informação) e análise de informação disponível.

A fenomenografia é um método de pesquisa de cariz qualitativo, relativamente recente, sendo o marco temporal o início da década de setenta, tendo como referência alguns investigadores suecos, liderados por Ference Marton, surgindo o termo fenomenografia em publicações em 1981, derivada das palavras gregas “*phainomenon*”, com significado de aparência, e “*graphein*”, como descrição, remetendo-nos então para o entendimento da palavra fenomenografia, como sendo um método de pesquisa tendo subjacente uma abordagem interpretativa, que visa a descrição dos fenómenos, como se configuram para

as pessoas, traduzindo-se assim, no objectivo de descrever e compreender as concepções das mesmas, como partes essenciais (Guimarães, Carvalho e Oliveira, 2010; Fernandes, 2009; 2005; Sjostrom e Dahlgren, 2002; Svensson, 1997).

Esta metodologia, de natureza qualitativa, tem subjacente um conjunto de pressupostos, que permite compreender o pensamento e as acções em situações complexas e dinâmicas, parte das concepções, entendidas estas, como o modo de viver aspectos específicos da realidade, expressando-se na relação estabelecida entre o homem e o mundo circundante, (Sjostrom e Dahlgren, 2002; Sandbergh, 1997) para a construção de categorias de descrição, que representem o número de configurações qualitativamente distintas em que o fenómeno pode ser relacionado e compreendido, traduzindo-se assim, no processo de viver e entender um fenómeno, enunciando, tanto sobre o fenómeno, como sobre a pessoa (Fernandes, 2009; 2005).

Entendendo, que as nossas concepções, o nosso conhecimento sobre o mundo, não são apenas sustentadas em informações interpretadas pelos nossos sentidos, mas estão também subordinadas à nossa história pessoal, compreende-se porque não são, em certo sentido, vários mundos para descrever, mas é antes a narrativa sobre como esses mundos diferentes que emergem e sobre as semelhanças e diferenças entre eles (Sjostrom e Dahlgren, 2002).

Adoptando a visão de que esta abordagem empírica, que procura a diversidade de formas, traduzidas em categorias distintas, como as pessoas vêem o mundo circundante, levou os investigadores pioneiros desta abordagem a reconhecer um quadro estrutural (um complexo de categorias de descrição) de cariz qualitativo não dualista que identificasse e retivesse o discurso dos informantes (Fernandes, 2009; Sjostrom e Dahlgren, 2002).

Podemos então assumir o pressuposto numa perspectiva ontológica (não dualista) de que a única realidade comunicada é o mundo, tal como é vivido e apreciado. Numa perspectiva epistemológica o foco é de que as pessoas diferem quanto à dimensão como o mundo é apreciado, podendo as diferenças captadas serem narradas, transmitidas e compreendidas por outros, tendo em conta o significado essencial (Sjostrom e Dahlgren, 2002; Svensson, 1997).

Neste sentido, podemos colocar em contraste algumas diferenças entre a fenomenologia e a fenomenografia. A primeira, como uma abordagem de primeira ordem, procurando descrever o mundo como ele é (essência singular), tendo como objecto de pesquisa a experiência humana ao nível pré-reflexivo da consciência e direccionada para o método. A fenomenografia é considerada uma abordagem de segunda ordem, não procura

descrever o mundo como ele é, mas a reflexão sobre a experiência, assim como o aspecto conceptual no enfatizar das diferenças (variação/desenvolvimento) entre a forma como as diferentes pessoas experimentam as suas necessidades (sentido colectivo), com o mundo ao seu redor (concebido), e direccionada para o conteúdo (Fernandes, 2009; 2005; Sjostrom e Dahlgren, 2002).

Numa abordagem fenomenográfica, as pessoas podem viver as coisas e manifestarem as suas experiências de modo diverso e neste sentido o investigador, norteia o seu trabalho para as ideias das pessoas acerca do mundo, apresentando argumentos acerca das ideias das mesmas sobre esse mesmo mundo, utilizando a noção de concepção de um certo fenómeno na busca de concepções diversas, sendo estas deduções da realidade e na sua genese elas emergem da interrelação entre as crenças, imperativos sociais, expectativas e experiências (Guimarães, Carvalho e Oliveira, 2010; Fernandes, 2009; Sjostrom e Dahlgren, 2002).

Durante a análise dos achados, as concepções são utilizadas para o desenvolvimento de diferentes categorias de descrição no sentido de perspectivar como o fenómeno é vivido, como aspecto central das concepções, são reveladas as categorias de descrição, constituindo-se como o resultado do trabalho interpretativo. O conjunto de categorias é uma forma de revelar as relações lógicas das concepções, representando assim o espaço de resultados (Guimarães, Carvalho e Oliveira, 2010; Fernandes, 2009).

O espaço de resultados é perspectivado como a representação do fenómeno, traduzindo-se de igual forma que as categorias são representativas das concepções; não sendo descrições do fenómeno, pode ser configurado não como o único possível, mas tendo como objectivo a observância da diversidade, quer na pessoa, quer entre pessoas de um dado grupo alargado, permitindo assim que as categorias emergentes possam ser aplicadas a uma determinada população, considerando que essa disponibilidade poderá traduzir-se num recurso que nos permita o reforço para a consciencialização da experiência do investigador, permitindo a adopção de estratégias em termos profissionais (Fernandes, 2009; Sjostrom e Dahlgren, 2002).

Em suma, pensamos que a adopção de uma abordagem interpretativa, de natureza qualitativa tendo subjacente os objectivos formulados deste estudo, do tipo exploratório se coaduna com a implementação da metodologia de cariz fenomenográfico.

2.2 – MODO DE SELECÇÃO DOS INFORMANTES: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Identificado o estudo a desenvolver e a metodologia a adoptar, tornou-se imperioso fazer a selecção dos informantes, atendendo às suas características, isto é, as pessoas em

condições de descrever a concepção no sentido de descrever as diferenças e semelhanças na atribuição de significado, quanto à diversidade das suas experiências (formas qualitativamente diferentes), no sentido do fenómeno poder ser narrado, transmitido e compreendido por outros tendo em conta a delimitação do contexto e a sua relação com este ou outros contextos.

Assim, a selecção dos informantes fez-se a partir da finalidade teórica da investigação, actividade motora da pessoa idosa após AVC, a atestar o seu processo de reabilitação na RNCCI, no qual permaneciam em instituições com tipologias diversas, face à necessidade de cuidados, tendo em conta a sua condição de saúde (*convalescença* – HAJC, AFMP; *média duração e reabilitação* – AFMP, CRC, ADFP, SCMA; e *longa duração e manutenção* – ADFP, INSN – SCMVNP, SCMA, SCMP, N-GAG S.A.), do distrito de Coimbra.

Tivemos em conta como critérios de inclusão as pessoas com idade ≥ 65 anos, ter sido considerado como primeiro evento (AVC) e à data da colheita de informação não exceder os doze meses, apresentar lesão neurológica com compromisso da actividade motora, sem compromisso cognitivo, que inviabilizasse a colaboração e como premissa última, concordar participar no estudo após ter recebido informação adequada quanto ao âmbito e finalidades do estudo, sendo considerada a sua participação como voluntária e o seu consentimento concedido.

Tendo em conta os critérios previamente delineados, foram realizadas vinte e oito entrevistas a pessoas idosas após AVC a procederem ao seu processo de reabilitação na RNCCI. Destas, seis foram eliminadas, uma em virtude da pessoa apresentar labilidade emocional e, consequentemente, dificuldade na continuidade da mesma, quatro por no desenvolvimento das mesmas, as pessoas terem apresentado um discurso incoerente e uma em virtude de no momento da mesma não haver informação sobre a data do evento - AVC (posteriormente contactada a responsável da E.C.L., comunicou que a data do primeiro episódio, tinha-se verificado há mais de 12 meses), constituindo-se assim a amostra deste estudo de vinte e duas pessoas às quais foram realizadas as entrevistas.

2.3 - CARACTERIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Esta etapa do processo de investigação é fundamental, já que no processo de recolha de informação é aconselhado ao investigador que se aproxime do fenómeno por meio de entrevista, podendo ser exploratória e directiva na sua finalidade (Fernandes, 2005), no sentido de recolher informação descritiva tendo em conta a linguagem da própria pessoa, permitindo assim ao investigador poder interpretar a experiência das pessoas sobre aspectos do mundo, com o foco no significado da acção humana, considerado relevante

para se entender a experiência das pessoas numa situação semelhante, avaliando sistematicamente o nível de profundidade, permitindo descrever e explicitar (Flick, 2009; Flick, 2005; Bogdan e Biklen, 1994).

Com o propósito de poder recolher informação sobre o revelar das experiências humanas (experiência das pessoas no mundo que as rodeia) e tendo por base a metodologia adoptada, Marton (1999), referenciado por Fernandes (2005), entende que para a colheita de informação mais adequada é a entrevista individual (semi-estruturada), na qual permite explorar mais profundamente a consciência, com o intuito de tornar explícito o que está implícito, atribuindo uma designação ao que está por nomear, havendo outras formas a partir das quais a pessoa age e se exprime, revelando assim como as coisas se lhe apresentam (compreensão da experiência).

A opção pela entrevista semi-estruturada permite a obtenção de dados comparáveis entre as várias pessoas (Bogdan e Biklen, 1994), entendendo-se também que a directividade nas entrevistas em profundidade depende de vários factores como sejam, as características pessoais da pessoa entrevistada, o nível de conhecimento (evidenciado à medida que as questões centrais vão sendo identificadas) e o estatuto da pesquisa. Isto reforça a ideia de que na elaboração de um guião de entrevista, a questão mais importante deverá direccionar-se na clarificação dos objectivos e nas dimensões de análise, que irão comportar a entrevista (Guerra, 2006).

As questões formuladas durante a entrevista individual face-a-face no encontro entre o informante e o investigador, devem ser colocadas de uma forma aberta, para que as pessoas tenham maior liberdade, ao optarem pelas dimensões, que no seu entendimento são mais significativas, no sentido da compreensão das experiências expressas (Sjostrom e Dahlgren, 2002). Nesta perspectiva, podemos observar no quadro seguinte, os domínios subjacentes e as questões formuladas durante a entrevista.

Quadro 1 - Questões colocadas durante a entrevista nos respectivos domínios

| DOMÍNIOS | QUESTÕES |
|----------------------------------|---|
| Dimensão Físico-Funcional | <p>Um dos aspectos importantes das Pessoas que sofrem um AVC são as limitações motoras (Físicas) que lhe estão ligadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Como tem vivido essas limitações físicas? ✓ O que representam para si essas limitações físicas? • No dia-a-dia como tem vivenciado as limitações motoras (físicas) após o AVC? • Descreva-me um pouco o seu dia-a-dia após o AVC? • Após este acontecimento o que fazia antes e agora não consegue fazer (> dificuldades)? Que actividades? Como Vê isso na sua vida? • Que percepção tem do seu corpo perante as alterações ocorridas? |
| Dimensão Psicológica | <ul style="list-style-type: none"> • Pode-me descrever como este episódio de AVC alterou a forma de se ver como Pessoa? ✓ O que tem sentido e pensado? ✓ O que é mais importante para si? • Partindo das suas vivências o que significa para si ser idoso? • Considera-se uma pessoa idosa? • Deixou de concretizar algum projecto de vida? • Quais os seus projectos ou aspirações para o futuro? Como projecta o seu futuro? |
| Dimensão Espiritual | <ul style="list-style-type: none"> • Que sentido encontra para a sua vida actual? • Actualmente está satisfeito com a sua vida (com a sua situação actual)? • Como vê o Mundo desde que teve o AVC? |
| Dimensão Social | <ul style="list-style-type: none"> • Que mudanças aconteceram no seu modo de vida após o AVC? • Após o AVC deixou de ter responsabilidades? • Quais são as suas áreas de interesse? Ex: Actividades de Lazer, gostos... • Como emprega o seu tempo livre? • O que pensa a sua família e amigos perante a sua situação? • Como é a sua relação com a sua Família e amigos? |

O contacto prévio com os contextos em análise, levou-nos a seleccionar e incluir dois instrumentos padronizados para avaliação do nível cognitivo e do nível de independência funcional dos informantes, pelo que seguidamente se justifica caracterizá-los.

O *Mini Mental Status Examination (MMSE)*, elaborado por Folstein *et al.*, (1975) e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, e *col.*, (1994), avalia o *status* cognitivo, permitindo avaliar vários domínios: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação linguagem e habilidade construtiva. A mensuração total do instrumento varia entre 0 e 30 pontos (cada item do teste é pontuado com um ponto quando a resposta é correcta). Ao obter o score final, é de ter em conta a escolaridade. Considera-se que a pessoa idosa apresenta alterações cognitivas, quando após a soma dos pontos obtidos

eles se situam nos parâmetros referenciados para a população portuguesa – analfabetos ≤ 15 ; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ; com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 .

O *Índice de Barthel*, (Mahoney e Barthel, 1965), avalia a capacidade de desempenho na realização das actividades básicas de vida diária, sendo a escala constituída por 10 itens, com um total que pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 aponta para um nível de dependência total; 21-60 um nível de dependência grave; 61-90 um nível de dependência moderada; 91-99 um nível de dependência leve e 100 considerado um nível máximo de independência, tendo em conta os itens propostos (Azeredo e Matos, 2003).

2.4 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Previamente ao desenvolvimento deste estudo, foi estabelecido um contacto informal com os responsáveis das instituições, com o intuito de referenciar os objectivos da pesquisa e posteriormente poder formalizar essa mesma colaboração.

Em Setembro de 2007, foram entregues os pedidos formais às instituições de origem, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra e Administração Regional de Saúde do Centro (Colaboração solicitada às equipas de gestão de altas), obtendo autorização dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em 27 de Novembro de 2007. Em 24 de Outubro do mesmo ano, através de carta em resposta ao solicitado, o Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra, informa inviabilizar o pedido efectuado de acordo com a lei de protecção de dados, quanto à Administração Regional de Saúde do Centro apenas foi concedida a autorização em 03 de Abril de 2008 (devido a alterações verificadas na ARSC – mudanças de edifícios), a partir do qual elaborámos os pedidos de autorização às instituições referenciadas na RNCCI, englobando Autorização dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Administração Regional de Saúde do Centro, Guião de entrevista a efectuar às pessoas idosas após AVC em processo de reabilitação, assim como o consentimento informado.

Apenas uma instituição referenciada na rede de cuidados continuados integrados (instituições seleccionadas para o estudo), declinou a colaboração solicitada.

Durante este percurso, orientámos esta pesquisa, evidenciando a preocupação no que concerne aos procedimentos de recolha de informação de respeitar as normas éticas e deontológicas, quer nos aspectos formais nos pedidos de autorização às instituições no qual o estudo se iria desenvolver, quer no aspecto do consentimento informado dos participantes. Esclarecemos os objectivos do estudo, garantimos a confidencialidade das informações e assegurámos que os resultados apenas destinar-se-iam à apresentação de trabalhos de carácter científico pelo investigador.

2.5 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

De acordo com todo o trabalho desenvolvido previamente, iniciámos a colheita de informação através de entrevistas nas unidades de internamento da RNCCI seleccionadas, que se realizaram temporalmente no período compreendido entre Maio e Dezembro de 2008.

As entrevistas foram realizadas nas instituições onde se encontravam as pessoas em processo de reabilitação tendo em conta a sua condição de saúde – após AVC, e, num primeiro momento, eram explicitados os objectivos, critérios de inclusão e a abordagem, que se pretendia em cada instituição, efectuando de seguida uma referenciação das pessoas presentes com a colaboração dos profissionais da mesma, no sentido de avaliar quais as pessoas que poderiam fazer parte do nosso estudo.

Seguidamente, dirigíamo-nos às pessoas acompanhados de um profissional da instituição solicitando a sua participação. De uma forma informal era explicitada a abordagem, que pretendíamos efectuar e os objectivos delineados para o estudo. Após o seu consentimento e em algumas situações, permanecíamos junto das pessoas e dos profissionais no desenvolvimento de algumas actividades e noutras situações tendo o privilégio de colaborar na evidência das melhores práticas (Ex: Transferências – cama/cadeira), participando assim, com os actores do contexto em diversas situações, criando um agradável ambiente relacional. Este posicionamento da parte do investigador traduzia-se numa forma de integração no contexto, familiarizando-se e tornando-se num elemento do mesmo, promovendo desta forma, o envolvimento que trouxesse na relação estabelecida, confiança, quer às pessoas, que fariam parte do estudo, quer aos profissionais das instituições, para que a presença não fosse perspectivada como perturbadora.

Uma vez estabelecido um ambiente relacional entre os actores naquele contexto, era solicitada à pessoa, para escolher o local onde, no seu entendimento, era o ambiente mais acolhedor, sendo, na maioria das vezes, indicado o seu quarto, permitindo assim um contexto facilitador, proporcionando a privacidade requerida no decorrer da entrevista.

Esta iniciava-se sempre pela apresentação pessoal, uma conversa informal, após a qual eram novamente referenciados os objectivos do estudo, era comunicada a forma de abordagem (entrevista), que seria gravada em suporte digital, informando que a sua colaboração seria de carácter voluntário, podendo a qualquer momento declinar a sua colaboração e que todas as informações fornecidas seriam apenas para fins de investigação realizadas pelo investigador, com o consequente direito de anonimato, fornecendo uma folha de consentimento informado, que era lida pelos próprios, e em

situações de dificuldade, era lida pelo investigador; seguidamente era assinada pelo informante ou colocada a sua impressão digital, sempre na presença de um profissional da instituição.

Após o seu consentimento, iniciávamos as entrevistas, colocando as questões relativamente aos instrumentos elaborados - *MMSE* e *Índice de Barthel*, seguindo-se a realização da entrevista, propriamente dita, tendo sempre em conta a condição de saúde da pessoa, já que durante as mesmas houve situações em que realizámos uma pausa, em virtude da demonstração de fadiga, dando continuidade posteriormente à mesma. Em algumas situações, verificou-se alguma dificuldade em dirigir a atenção para o domínio da entrevista solicitado (desvio do tema), havendo a necessidade de efectuar algumas interpelações, no sentido de clarificar ideias, solicitando exemplos de situações narradas. Após a sua conclusão, agradecíamos a colaboração prestada e colaborávamos, quando necessário, na deslocação até ao local de permanência pretendido.

Durante o período temporal da realização das entrevistas iniciámos a transcrição das mesmas, à medida que eram realizadas, efectuando leituras “*flutuantes*” do conteúdo das narrativas, considerada esta uma forma de estabelecer um contacto com os documentos a analisar, tornando-se a leitura mais precisa paulatinamente, em função, entre outros da aplicação de técnicas utilizadas sobre os materiais semelhantes (Bardin, 2008), quer por entrevista individual, quer por conjunto das mesmas já realizadas.

O término da colheita de informação, foi alcançado por “*saturação*”, entendida esta como um fenómeno, pelo qual, após a realização de um certo número de entrevistas, o investigador constata nada recolher de novo (Guerra, 2006).

Nesta perspectiva, a partir do momento que evidenciámos a repetição de informações face às questões formuladas, tendo por base o guião de entrevista, sustentados nas características específicas do objecto de estudo, demos por findo o momento de recolha de informação.

2.6 – CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES DO ESTUDO

Para a realização da análise pretendida foram entrevistadas 22 pessoas a viver o seu processo de reabilitação após AVC na RNCCI do distrito de Coimbra, sendo dez homens e doze mulheres, com idades compreendidas entre 65 a 80 anos. A grande maioria (67,2%) referiu ser casado(a) – oito homens e seis mulheres, dos quais sete são viúvos (as) – um homem e seis mulheres, quanto ao nível de escolaridade, quatro pessoas referiram nunca ter ido à escola, mas duas referiram saber ler e escrever, a maioria não

excedeu o 4º ano de escolaridade (quinze pessoas), apenas duas frequentaram o ensino secundário e apenas uma era detentora de um curso superior.

Quanto às características clínicas e tendo em conta a sua condição de saúde, vinte pessoas apresentaram como tipo de AVC o isquémico e duas o hemorrágico, permanecendo estas nas várias unidades de internamento da RNCCI do distrito de Coimbra. *Unidade de Convalescença* – sete pessoas (5 HAJC, 2 AFMP); *Média duração e reabilitação* – treze pessoas (5 AFMP, 2 CRC, 2 ADFP, 4 SCMA); *Longa duração e manutenção* – duas pessoas (1 INSN – SCMVNP, 1 SCMA).

Os níveis cognitivos dos informantes situaram-se entre 17 e 29 pontos do MMSE, sendo que as duas pessoas idosas com níveis mais baixos (17) apresentam níveis de instrução também baixos (sem instrução e 1º classe) e olhando para os pontos de corte poderemos dizer que os entrevistados não apresentam problemas cognitivos.

O nível de independência funcional avaliado situa as pessoas idosas entrevistadas numa amplitude desde muito dependentes (5) até ao nível de dependência leve (90).

Quadro 2 - Caracterização dos Informantes da amostra (período Maio a Dezembro de 2008)

| Inf | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Data entrevista | 1º epis. AVC | Avaliações |
|------------|----------------|---------------------|---------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 65 | Solteiro | Curso Superior | 06-05-2008 | 04-01-2008 Isquémico | MMS – 29 Barthel – 90 |
| 2 | 73 | Casado | 4ª Classe | 15-05-2008 | 27-03-2008 Isquémico | MMS – 27 Barthel – 80 |
| 3 | 65 | Casado | 4ª Classe | 16-05-2008 | 21-11-2007 Isquémico | MMS – 26 Barthel – 20 |
| 4 | 80 | Viúva | 3ª Classe | 26-05-2008 | 01-04-2008 Isquémico | MMS – 20 Barthel – 20 |
| 5 | 76 | Viúva | 3ª Classe | 27-05-2008 | 18-04-2008 Isquémico | MMS – 20 Barthel – 20 |
| 6 | 76 | Casado | 4ª Classe | 27-05-2008 | 28-01-2008 Isquémico | MMS – 21 Barthel – 45 |
| 7 | 80 | Viúva | 3ª Classe | 30-05-2008 | 20-02-2008 Isquémico | MMS – 23 Barthel – 10 |
| 8 | 77 | Casada | 1ª Classe | 05-06-2008 | 19-04-2008 Isquémico | MMS – 17 Barthel – 15 |
| 9 | 72 | Viúva | S / Instrução | 05-06-2008 | 22-01-2008 Isquémico | MMS – 17 Barthel – 25 |
| 10 | 72 Invisual | Casado | 10º Ano | 12-06-2008 | 15-05-2008 Isquémico | MMS – 24 Barthel – 5 |
| 11 | 79 | Casado | 3ª Classe | 01-07-2007 | 25-05-2008 Isquémico | MMS – 24 Barthel – 30 |
| 12 | 75 | Casada | S / Instrução | 29-07-2008 | 08-12-2007 Isquémico | MMS – 19 Barthel – 90 |
| 13 | 69 | Casada | S / Instrução | 01-08-2008 | 30-06-2008 Hemorrágico | MMS – 20 Barthel – 5 |
| 14 | 78 | Casado | 4ª Classe | 15-09-2008 | 16-07-2008 isquémico | MMS – 28 Barthel – 30 |
| 15 | 77 | Viúva | 6º Ano | 16-09-2008 | 01-06-2008 isquémico | MMS – 28 Barthel – 30 |
| 16 | 76 | Casado | S / Instrução | 07-10-2008 | 18-08-2008 isquémico | MMS – 28 Barthel – 50 |
| 17 | 79 | Casado | 4ª Classe | 10-10-2008 | 11-09-2008 isquémico | MMS – 28 Barthel – 10 |
| 18 | 66 | Casada | 4ª Classe | 10-10-2008 | 03-08-2008 isquémico | MMS – 28 Barthel – 20 |
| 19 | 80 | Viúvo | 3ª Classe | 13-10-2008 | 23-07-2008 isquémico | MMS – 27 Barthel – 85 |
| 20 | 76 | Viúva | 3ª Classe | 13-10-2008 | 16-09-2008 isquémico | MMS – 25 Barthel – 20 |
| 21 | 68 | Casada | 4ª Classe | 14-10-2008 | 16-09-2008 Hemorrágico | MMS – 27 Barthel – 20 |
| 22 | 73 | Casada | 2ª Classe | 09-12-2008 | 15-10-2008 isquémico | MMS – 28 Barthel – 20 |

2.7 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS.

Ao termos implementado a entrevista (gravada em formato digital), na recolha de informação, como a verbalização franca por parte do entrevistado (considerado o informante privilegiado) (Guerra, 2006), torna-se como impreterível, as transcrições na íntegra das mesmas, sendo estas consideradas como o material empírico da análise qualitativa, considerada a sua análise e interpretação dos achados uma preocupação determinante, quanto ao objecto de estudo, já que focalizados na técnica adoptada, a fenomenografia; esta orienta-nos para o conteúdo (Fernandes, 2005), enfatizando as diferenças na forma como as pessoas, tendo em conta a sua singularidade, vivem as suas situações e necessidades (semelhanças e diferenças), sendo consideradas não como qualidades individuais, mas como categorias descritivas a serem usadas na compreensão de casos efectivos de funcionamento humano. Nesta perspectiva, em que os achados podem tornar-se em formatos tão diversificados, no emergir do desenvolvimento das pessoas ao relacionarem-se com o mundo à sua volta, um modo de análise, é preconizado por Myers (1997), referenciado por Coutinho (2011), ao ser entendido como uma diferente abordagem à recolha e interpretação de dados, tendo como premissas comuns a qualquer estudo qualitativo, ao incidir nas “palavras” – *análise textual*.

Cientes de que o modo de análise deveria contemplar critérios/premissas com passos sucessivos (série de etapas), não perdendo de vista que este processo é um processo difícil e moroso, devido às relações recíprocas entre as diversas etapas, optámos por ter uma linha orientadora preconizada por Dahlgren e Fallsberg (1991), referenciada por Sjostrom e Dahlgren (2002), na qual recomendam sete etapas, para determinar as questões cruciais, às quais as pessoas responderam – concepções das mesmas (campo total da consciência), considerando que, na primeira etapa designada “*Familiarização*”, consiste na leitura das transcrições, sendo uma forma de iniciar a preparação e aprofundamento na compreensão dos achados e também uma forma no sentido de corrigir alguns erros de transcrição. A segunda etapa envolve a “*compilação das narrativas*” a uma dada questão formulada, com o intuito de identificar os elementos mais significativos de cada informante. A terceira etapa é designada por “*Condensação*”, com o propósito de encontrar aspectos centrais dos achados mais longos. A quarta etapa deverá focalizar-se no agrupamento preliminar ou a “*classificação das semelhanças encontradas*”. A quinta etapa deverá focar-se na “*comparação preliminar entre as categorias*”, tentando estabelecer limites entre elas, implicando de modo interactivo a revisão de grupos preliminares. A sexta etapa tem como finalidade a “*nomeação das categorias*”, enfatizando o âmago das mesmas. A sétima e última etapa preconizada

remete-nos para a “*comparação entre as categorias de forma contrastante*” – descrição de carácter único de cada categoria e descrição de semelhanças entre as diversas categorias (Sjostrom e Dahlgren, 2002).

Sustentados nestes princípios e noutros de outros autores, que se debruçam sobre este tipo de metodologia qualitativa, iremos descrever o modo, que por nós foi adoptado na análise dos achados.

Como referido anteriormente, à medida que foram efectuadas as entrevistas, foram-se realizando as transcrições das mesmas em computador, analisando-as com o propósito de fazer emergir argumentos para a explicitação dos achados, no fazer sentido dos mesmos.

Nesse momento, concebeu-se a introdução das narrativas num programa informático de análise qualitativa, designado NVivo8, bem como de uma forma manual (construção de quadros e grelhas), permitindo assim, uma identificação dos fenómenos resultantes da análise e uma organização do espaço considerado de resultados.

As transcrições respeitaram na íntegra as narrativas dos informantes. Após o término da colheita de informação e após a sua análise individual, voltou-se a efectuar uma leitura das mesmas para possíveis correcções, mantendo a óptica de, temporariamente, largar a noção de limites entre pessoas, porque estas não representam a unidade de análise, já que os dados de todas as entrevistas individuais no seu conjunto são indivisíveis, focalizando-nos nas semelhanças e diferenças, que o fenómeno emergente se apresenta como experiência às pessoas idosas após AVC no seu percurso de reabilitação na RNCCI do distrito de Coimbra, formando os achados no seu conjunto. No sentido da familiarização com as narrativas expressas, estas foram revisitadas sempre que se entendeu oportuno.

Após esta etapa, tendo por base o guião elaborado com as questões formuladas e de forma transversal, tentou-se encontrar ideias centrais do que tinha sido expresso pelos informantes (o seu significado) no contexto, tendo como foco uma circunscrita cultura com um inerente processo de dinâmica social, permitindo assim um agrupamento preliminar ou classificação de respostas semelhantes ou diferentes, no sentido de distinguir as diferentes maneiras de compreender /viver o fenómeno.

Fernandes (2005) entende que nesta etapa se devem utilizar dois mecanismos, porque duas expressões diferentes podem reflectir o mesmo significado na forma de viver o fenómeno. Quando duas expressões significam diferentes formas de viver o mesmo fenómeno, neste caso, devem ser denominadas em função do efeito contrastante, permitindo a codificação. Ao tentar estabelecer fronteiras entre as categorias,

encontrando relações lógicas entre elas, sentiu-se a necessidade de fazer a revisão dos grupos preliminares, permitindo assim, a nomeação das categorias de descrição, enfatizando a essência das mesmas e permitindo a categorização.

Esta etapa foi trabalhosa e extensa, decorrendo, temporalmente, entre Janeiro e Setembro de 2009. Deu-se por concluída a análise, quando as categorias terminais estavam saturadas.

Neste sentido, permitiu uma esquematização complexa de categorias, traduzindo-se no espaço de resultados, sendo este apresentado por um número limitado de tipos qualitativamente diferentes maneiras de analisar o fenómeno (Guimarães, Carvalho e Oliveira, 2010; Fernandes, 2005).

Foi construída uma primeira síntese, que resultou no mapeamento das temáticas e itens emergentes. Este mapeamento balizado pelas questões orientadoras e enquadrado nos quatro domínios já anteriormente assumidos (físico, psicológico, espiritual e social) foi organizado em temáticas/categorias, verbalização/ilustração e itens (Quadros 4;5;6;7).

Concomitante com o trabalho de análise dos discursos e sua categorização, procurou encontrar-se excertos de frases mais significativas e que sustentassem a formulação de itens prováveis para um futuro instrumento de avaliação (significado emergente). Resultou uma proposta de aproximadamente 415 itens.

O mapeamento concretizado e os itens encontrados foram submetidos à apreciação de um painel de peritos constituído por enfermeiros, psicólogos, médicos e investigadores, quer com experiência clínica, quer também com experiência de ensino e investigação.

Pediu-se aos elementos da equipa de peritos que face à emergência de categorias, subcategorias e o vasto conjunto de itens (indicadores), que após análise nos transmitisse a sua opinião quanto à dimensão descritiva (aquilo que nos foi narrado pelos participantes), como quanto à dimensão interpretativa (interrogações na análise face ao objecto de estudo).

A valiosa prestação dos peritos, assente numa análise profunda e cuidada da qual resultaram críticas, sugestões e propostas concretas, levou-nos a reanalisar todo o material e a sua codificação no sentido do apuramento da análise, trabalho esse do qual resultaram quadros globais pelos quatro domínios com categorias, subcategorias excertos significativos das entrevistas e itens com relevância.

Assente no mapeamento descrito, elaborou-se um “*Protocolo de Avaliação*” com os itens que emergiram, alocados em domínios, categorias e subcategorias e quando justificado em duas dimensões temporais: antes e actualmente.

Do apuramento surgiram quatro domínios: Domínio Físico-Funcional com sete categorias e vinte subcategorias; Domínio Psicológico com sete categorias; Domínio Espiritual com três categorias; e Domínio Social com duas categorias e três subcategorias. Estes domínios encontram-se sintetizados numa árvore categorial (Quadro 3).

Quadro 3 - Árvore categorial da análise às entrevistas realizadas

| Domínios | Categorias | Subcategorias |
|-------------------------|---|--|
| Físico-Funcional | Dor Visão Actividade Psicomotora Aptidão Muscular Actividades Essenciais à Vida (AEVI) | Higiene Corporal Vestuário (Vestir e despir) Eliminação Vesical Eliminação Intestinal Comer Beber Recreação e Lazer Equilíbrio / Controle Postural Transferências Deambulação / Andar |
| | Actividades de Vida Complementares (AVIC) | Tarefas Domésticas Transportes Responsabilidade – Medicação Aspectos Económicos/Financeiros Uso do Telefone |
| | Actividades de Vida Complexas (AVIComp) | Conduzir Prática Desportiva Cantar e Tocar instrumento Musical Viajar/passear Comunicar |
| Psicológico | Cognitivo/Motor Percepção do Estado de Saúde Percepção de Bem-Estar Percepção da Relação com os Outros Sentido de Autonomia Perspectivas Futuras Mudança pessoal | |
| Espiritual | Religiosidade Positividade do Sentido de Vida Consciência de si enquanto SER finito-Finitude | |
| Social | Status /Papéis Relações de Proximidade | Percepção do Relacionamento Familiar Percepção do Relacionamento com a Rede Social Relacionamento com os Serviços de Cuidados |

Os itens com significado emergente resultantes do desenvolvimento metodológico descrito assentam nas sínteses expressas nos quadros resumo para cada um dos domínios, que representam de forma organizada a hierarquização das categorias e subcategorias, ilustrando com os excertos das entrevistas e com o propósito de validação de um protocolo de avaliação motora da pessoa idosa após AVC.

Quadro 4 - Excertos e itens do Domínio Físico Funcional

| Domínio Físico - Funcional | |
|----------------------------|--|
| Categoria Dor | DOR |
| | Excertos das Entrevistas |
| | <p><i>“Nem deitada estou bem, nem nas cadeiras nem em parte nenhuma, nunca estou bem, tenho sempre dor de cabeça. (...) Mas não sei como foi partido, não sei, não me lembra, só me lembro que me doeu muito e eu fui com esta mão e fiz assim. (...) “...que é muito porque sofro muito da coluna, já fui operada à coluna e tenho hérnias na coluna e nunca estou bem e depois estou sempre a pedir ajuda e chateio-os e eu também me chateio. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“Do lado esquerdo, sim, custa muito, muito”. (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>“Sei lá, não sei. Sei que estava na cama e de noite levantei-me assim, presa da perna e só dores nas costas, tenho dores terríveis aqui assim atrás, valha-me Deus. (...) O braço só prende quando me dá esta dor nas costas, é que me dói o braço todo. (...) “É estas dores saírem de mim para fora, ficar como era. Se eu ficasse como era, ai Jesus, Deus nem sabia o favor que me fazia”. (E12-ULDARGE1)</i></p> <p><i>“ Não faço nada. Tenho momentos na minha perna a que ficou parada, não aguento aquela posição, não posso estar muito naquela posição, ainda há dias chamei os Srs. Enfermeiros para me lá irem compor para ela parar de me doer se não, não descanso nada com dores”. (E13-UCFMPE1)</i></p> <p><i>“Tenho-as sofrido. (...) Então, quando não as posso tirar tenho que as aguentar. (...) Cheio de dores, só quando estou sentado é que não tenho dores, como agora. (...) Então, porque, quero trabalhar e não posso, é só dores, dores pelo corpo todo. (...) Eu já antes do AVC me dar, eu já andava ruim dos joelhos, eram artroses e depois, ainda andava, ainda aqui e ali, depois deu-me aquilo”. (E16-UMDADFPE2)</i></p> <p><i>“ Deixei de mexer o braço por completo e são umas dores horríveis, e na perna igual, na perna não é tanto mas no braço nem me podem tocar no braço, nem mexer, são umas dores que não aguento e a perna igual. (...) “... depois só me lembra é que isto é para morrer, mas também se for para morrer é para morrer mesmo que a gente não fica cá. (Risos) (...) Porque no meu caso, vejo a coisa um bocado complicada, estas dores da perna e do braço, não há maneira de recuperar. (E17-UCCANE4)</i></p> <p><i>“Está miseravelmente. (...) Porque tenho muitas dores, não há nada que não me doa. (...) Muitas dores e também estou a desanimar que eu não acho melhoras nenhuma”. (E20-UMDFMPE5)</i></p> <p><i>“Depois vimos aqui para uma sala para cima e estamos aqui paradas depois há aqui umas cadeiras, estas não, umas de pau que são muito rijas e a gente fica ali horas, depois aquilo são dores na coluna que a gente não aguenta”. (E21-UMDCRCE1)</i></p> <p><i>“... dói-me muito a cabeça, esta parte aqui assim dói-me muito que é uma coisa por demais. Não sei se isto irá a caminho, se é para ficar assim. (...) “... de noite é muita dor no corpo, nos meus braços, nas minhas pernas, em toda a parte do meu corpo, eu de noite é dores que é uma coisa por demais”. (E22-UMDCRCE2)</i></p> |
| | <p>Itens com significado emergente:</p> <p>(Antes)</p> <p>– Localizada Local _____ Generalizada (Sim...; Não...)</p> <p>(Atualmente)</p> <p>– Localizada Local _____ Generalizada (Sim...; Não...)</p> |

| Domínio Físico-Funcional | |
|--------------------------|---|
| Categoria Visão | VISÃO |
| | Excertos das Entrevistas |
| | <p><i>“Depois senti limitações na visão (...) “... hoje com as limitações que eu tenho da visão, ...” (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“No tempo livre ia lendo o jornal, o diário de Coimbra, e vendo televisão. (...) “Eu gostava de ler agora estou desanimado, pegar no Diário de Coimbra e ler e já nem me apetece nada”. (E3-UMDFMPE1)</i></p> <p><i>“Trabalhar, ler alguma coisa, não sou capaz”. (E6-UMDFMPE3)</i></p> <p><i>“Antes fazia tudo. (...) Não sei, sou um triste, agora é sempre isto. É tão triste. (...) Eu via e fiquei assim, tristeza tão grande, via bem e fiquei assim, ai senhor”. (E10-UCCANE2)</i></p> |
| | Itens com significado emergente: |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Não Sinto que fiquei com Limitações de visão - Antes era capaz de ler ou ver o que estava escrito (Jornal, legendas na televisão...) - Não sou capaz de ler ou ver o que está escrito (Jornal, legendas na televisão...) - Antes era capaz de ver coisas que estavam ao meu lado - Não sou capaz de ver coisas que estão ao meu lado |

| Domínio Físico-Funcional | |
|--|---|
| Categoria Actividade Psicomotora | Actividade Psicomotora |
| | Excertos das Entrevistas |
| | <p><i>“Porque fiquei descorçoado de todo, fiquei desorientado, parece que perdi a cabeça. Eu arrancava as agulhas, eu arrumava com os copos a bater com o copo na cabeça parece que estava avariado. Tirava a sonda, fazia trinta por uma linha até que tiveram que me prender, prenderam-me na cama e eu tive que me acalmar. Pois é”. (E2-UMDARGE1)</i></p> <p><i>“Não sei muito bem, mas de repente, comecei a ver os braços pelo ar e o ar a faltar-me. (...) Eu queria encostar-me e não tinha aonde”. (E13-UCFMPE1)</i></p> <p><i>“Eu realmente não tinha muita consciência do que estava a acontecer”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Isto aconteceu, eu já andava há uns dias que não me andava a sentir bem, mas aquilo quando aconteceu, quer dizer, eu não perdi os sentidos, mas começou-me tudo assim a fugir, a fugir e eu tive de cair e então é que eu fiquei mesmo sem acção nenhuma mas nunca cheguei a perder os sentidos”. (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p><i>“... eu não gosto de ir para o andar de cima, porque grito muito, grito muito e têm de me vir depois, têm de me vir aqui por”. (E8-UMDARGE2)</i></p> <p><i>“Que dizer, se houver muita gente a falar e assim fico perturbada”. (...) “Ainda ontem fui a casa e juntou-se lá muita gente para me ver e eu estava desertinha que elas se fossem embora, a minha cabeça não dava para aturar aquele ambiente, aquele meio, eu só queria estar era sossegada”. (E22-UMDCRCE2)</i></p> |
| | Itens com significado emergente: |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Sinto-me desorientado/a, desde que estou internado/a (Hospital, Unidade,...) - Tive dificuldade em me controlar quando fui para o hospital - Sinto-me inquieto (a) quando estou junto de outras pessoas - Fico perturbado/a com muita gente a falar à minha volta |

| Domínio Físico-Funcional | |
|-------------------------------|---|
| Categoria Aptidão Muscular | Actividade Motora |
| | Excertos das Entrevistas |
| | <p><i>“Era, toda a parte direita estava apanhada, (...), a parte direita continua ainda está um bocadinho apanhada. Mas na parte motora tinha dificuldade”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Deixei de mexer com este braço, fiquei com este braço preso e a perna. Mas da perna, já vou, ela diz que vou ficar a andar, a fisioterapeuta, mas do braço que é difícil levantá-lo”. (E3-UMDFMPE1)</i></p> <p><i>“Fiquei com a cabeça à roda e o coração a bater e ficar sem forças da parte direita e da parte esquerda”. (...) “Porque eu não tenho forças para nada”. (...) “É que já não tenho forças nenhuma, não tenho nada e mesmo a cabeça não está bem”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“... foi quando o meu filho me foi levantar do sofá vai assim “oh mãe então não consegues mexer a perna nem o pé” e eu disse “Ó Pedro não consigo mexer a perna nem o pé” foi aí que eu fiquei apanhada”. (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p><i>“Olhe deixei de manobrar coisas, fiquei parado”. (...) “Pois deixei. Deixei de mexer”. (...) “Uma paralisação, paralisar. Acho que não posso. É isso”. (E6-UMDFMPE3)</i></p> <p><i>“Aconteceu que o AVC, não sei como é que foi fiquei sem força nenhuma no braço e nesta perna, fiquei sem força nenhuma”. (E7-UMDADFPE1)</i></p> <p><i>“Sei lá, deixei de mexer, não faço nada com eles, com a perna ainda faço qualquer coisa, mas com o braço não”. (E9-UMDARGE3)</i></p> <p><i>“Deixei de mexer o braço direito. A perna, mexo na mesma”. (E10-UCCANE2)</i></p> <p><i>“Tenho um braço mais perro, aqui em cima no ombro, no ombro”. (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>“Não tenho força, nem nada, como tinha”. (...) “Não consigo mexer a perna, ...” (E14-UMDARGE4)</i></p> <p><i>“Deixei de mexer o braço por completo”. (...) “Significa que fiquei mal, fiquei muito mal”. (E17-UCCANE4)</i></p> <p><i>“É muito difícil”. (...) “Porque, não posso mexer o braço esquerdo nem a perna”. (...) “Significa fraqueza, um género de fraqueza nesta parte”. (...) “Agora sou uma velhita. (...) Porque já não tenho força como eu tinha, nem genica nem nada. A Sr.^a Dr.^a, dizia agora vê-se a 100% quando tiver só 10, depois dá-lho o valor, é uma coisa que corre a gente todos”. (E18-UCCANE5)</i></p> <p><i>“Foi primeiro, este braço e a perna”. (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>“Eu tenho pouco, não tenho força, nem nada”. (E20-UMDFMPE5)</i></p> <p><i>“Fiquei apanhada do lado esquerdo”. (...) “Tudo, o braço e a perna”. (E21-UMDCRCE1)</i></p> |
| | <p>Itens com significado emergente:</p> <p>- Força Muscular (fraqueza muscular), Amplitude articular, Paralisia, Paresia, Hemiplégia</p> |

| Categoria | Actividades Essenciais à Vida (AEVI) |
|--|--|
| <p>Subcategoria</p> <p>Higiene Corporal</p> | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p>“... Até que um dia disse “a partir de hoje eu é que tomo banho, sozinho; “mas tem que, no vestir “; “é da minha responsabilidade” e comecei-me a treinar no banho e a vestir e tal e “quer que vá lá ajudá-lo a deitá-lo?”; “não senhor, até ao ponto de poder abandonar a unidade de saúde, (...) Foram questões que custou, custou um bocadinho”. (E1- ULDPOIE1)</p> <p>“Era outra pessoa, que agora nem a barba faço e eu costumava fazer dia sim, dia não e agora não”. (E3-UMDFMPE1)</p> <p>“Estou aqui agora, viraram-me o pé para ali, agora havia de o virar para ali, mas em passando a “procissão” vão-me dar o banho”. (E8-UMDARGE2)</p> <p>“Tomar banho, dão-me banho, mesmo lá em casa era uma senhora que me ia lá dar banho todos os dias, vai-me levar o almoço e o jantar. (...) De manhã levanto-me para ir tomar banho, tratam de mim e tomo o pequeno-almoço”. (E15-UMDFMPE4)</p> <p>“ Significa a minha vida. Eu queria fazer, (...) tomar banho, pentear e arranjar o cabelo e é o mais importante para mim”. (...) “Não me consigo pentear, nem juntar o cabelo nem nada, quando está calor. (...) “É muito difícil, nem me posso pentear nem nada, nem lavar a cabeça nem nada só com uma mão”. (E18-UCCANE5)</p> <p>“Nunca mais me lavei, que eu não posso, eu caio”. (E20-UMDFMPE5)</p> <p>“O que é já não posso tratar de mim, já não posso zelar, pentear-me, todas essas coisas assim. Buscar roupa e vestir, não, estou à espera que me tragam as coisas, alterou tudo”. (...) “ Todas, tomar banho, não tomo banho sozinha, ir à casa de banho, não posso ir sozinha tenho de ir sempre apoiada por alguém, são todas essas coisas, eu sou uma pessoa parada. (...) “Talvez por eu ser uma pessoa muito mexida, muito activa no trabalho, não era pessoa que estivesse parada e agora ver-me assim; eu querer levantar-me e não poder, querer ir à casa de banho, querer tomar banho e não poder, ter que ser os outros todos a fazer, estar à ordem dos outros todos, isso é o fim do mundo. (...) Acordo de manhã, pois estamos que tempos à espera que nos levantem, que nos levem à casa de banho, que nos dêem banho...” (E21-UMDCRCE1)</p> |
| | <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrar e sair da Banheira / Duche - Preparar objectos necessários ao banho - Lavar e Secar o corpo - Cuidar da sua apresentação (Pentear-se, fazer a barba, Escovar os dentes, cortar e limpar as unhas) |
| | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p>“ Muita coisa, não posso fazer nada, nada. Têm de me ajudar a fazer as coisas. (...) vestir-me e andar e tudo. (E14-UMDARGE4)</p> <p>“... não me consigo pôr de pé, não consigo ir à casa de banho, não consigo tomar banho, fazer nada, até para me vestir tenho dificuldade” (E21-UMDCRCE1)</p> <p>“ É aqui à custa dos outros, a vestirem e a despirem, a darem-me banho e a fazerem-me tudo”. (E22-UMDCRCE2)</p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escolher e ir buscar a roupa (Gavetas e armários) - Vestir-se (Abotoar e apertar os fechos, Calçar Meias, Sapatos e/ou Chinelos) - Despir-se (Retirar as roupas - Desabotoar e desapertando os fechos, tirar meias e calçado) |

| | |
|--|---|
| Subcategoria Eliminação Vesical | Excertos das Entrevistas <i>“Deixei de mexer o braço deixei de fazer trabalhos com a mão, quero cobrir-me com a roupa e este braço já não ajuda nada, quero urinar e esse braço já não ajuda nada, todas as coisas”. (E2-UMDARGE1)</i> |
| | Itens com significado emergente: - Coordenar e controlar a Micção - Manusear a roupa antes e após o acto - Limpar após o acto |
| Subcategoria Eliminação Intestinal | Excertos das Entrevistas <i>“ Olhe, às vezes os empregados eu peço sempre desculpa, quando me fazem alguma coisa “a Sr.^a é uma Sr.^a muito querida”; “olhe eu não gosto de ir à casa de banho e que me limpem o rabo”, “mas a gente está cá é para fazer isso”, mas eu não consigo, é de mim talvez, não sei”. (E15-UMDFMPE4)</i> |
| | Itens com significado emergente: - Coordenar e controlar a defecação - Manusear a roupa antes e após o acto - Limpar após o acto |
| Subcategoria Comer | Excertos das Entrevistas <i>“Levanto-me, como, vou tomar banho, passando o dia aí nesta cadeira, lá vou abaixo ao ginásio, ...” (E3-UMDFMPE1)</i> <i>“Alimentar-me não, porque ainda não vai bem para a boca, mas vou indo com Deus Nosso Senhor”. (...) “Dão-me o comer na boca, água, todo o comer têm de me dar na boca, embora eu já mexa mais este bracinho”. (E7-UMDADFPE1)</i> <i>“Comer, levantar...É, e mais nada. (...) É, ou na cadeira grande ou na cadeira pequena e estou ali”. (E9-UMDARGE3)</i> <i>“Fiquei com tudo”. (...) “Dificuldade no comer e assim”. (E10-UCCANE2)</i> <i>“Comer uma papita e mais nada, é a minha vida”. (E11-UCCANE3)</i> <i>“ É aqui sentada, darem-nos banho e prepararem-nos e depois ficar todo o dia aqui sentada, ir lá abaixo fazer fisioterapia e depois vir outra vez para cima e dar-nos a refeição, e a gente comer, depois no fim de comer, deito-me um bocadito, depois torno-me a levantar e o dia-a-dia é assim passado”. (E22-UMDCRCE2)</i> |
| | Itens com significado emergente: - Comer (Gestos necessários para ingerir os alimentos - cortar os alimentos, levá-los à boca, mastigá-los e degluti-los) |
| Subcategoria Beber | Excertos das Entrevistas <i>“Eu só dei com as mudanças, depois de estar acordada. (...) Então eu antes do AVC, ainda botava a água na boca, ainda dava qualquer coisa, e à minha filha ainda dizia que a ajudava, mas já não podia”. (E7-UMDADFPE1)</i> |
| | Itens com significado emergente: - Beber (Gestos necessários para Beber por uma chávena ou copo, levando-os à boca e beber) |
| Subcategoria Recreação e Lazer | Excertos das Entrevistas <i>“Gostava de muita gente se juntar e dar uma volta de carro e comer e beber todos”. (...) “Agora fiz com esta senhora uns desenhos com a mão esquerda, eu e mais uns colegas para passar o tempo”. (E3-UMDFMPE1)</i> <i>“Ai, eu nem tinha tempos livres”. (...) “Agora tenho-o todo livre. Eu não posso fazer nada”. (E4-UCCANE1)</i> <i>“Não. Nunca ia para lado nenhum”. (...) “Aqui, é a mesma coisa. Às vezes venho aqui esta sala, mais uma menina fazer uns desenhos mais umas Sr.^a e uns Srs. Juntamo-nos aqui todos e ela dá-nos um papel para a gente fazer um desenho”. (E5-UMDFMPE2)</i> <i>“Nada, não faço nada”. (E7-UMDADFPE1)</i> <i>“Nada, não fazia nada. (...) “Outras vezes ia para a televisão, e era assim”. (...) “Agora emprego, olhe a fazer nada”. (E9-UMDARGE3)</i> <i>“Às vezes era jogar o fito, jogar à bola e entretínhamo-nos assim nesse tempo e era isso, jogávamos ao fito muita vez, principalmente ao domingo à</i> |
| | |

| | |
|---|--|
| <p>Subcategoria Recreação e Lazer</p> | <p><i>tarde era quase todo a tarde a jogar ao fito a ver quem é que o tombava mais vezes</i>". (E11-UCCANE3) <i>"Eu não tinha muito tempo livre, eu trabalhava muito"</i>. (E13-UCFMPE1) <i>"Aqui não faço nada, nem ler quero"</i>. (E15-UMDFMPE4) <i>"Sento-me aqui, sento-me ali, e vou ficando assim até vir a noite e aqui onde eu estou na mesma, custa muito é a passar o dia"</i>. (E16-UMDADFPE2) <i>"Os tempos livres era andar lá a semear batatas"</i>. (...) <i>"Gostava de jogar o cinquilho, quando podia, mas depois disto de ser operado ao coração, nunca mais pude"</i>. (...) <i>"Agora não emprego em nada, agora emprego-o a pensar na minha situação"</i>. (E17-UCCANE4) <i>"Jogar à malha, mais os homens, e as cartas e gostava muito de ler"</i>. (E18-UCCANE5) <i>"Nada, não faço nada, não posso e nada faço"</i>. (E20-UMDFMPE5) <i>"Eu em geral nunca tinha tempos livres. Porque os meus tempos livres eram para passar a ferro, arrumar a casa, ter tudo em ordem"</i>. (...) <i>"Olhe, é sentada aqui numa cadeira, é diferente não é"</i>. (E21-UMDCRCE1)</p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participar em actividades recreativas com as pessoas que se encontravam à sua volta (Passeios, Grupos de convívio, ...) - Ocupar o tempo livre com actividades recreativas e de lazer |
| <p>Subcategoria Equilíbrio / Controle Postural</p> | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p><i>"... quando cheguei aqui à unidade os primeiros dias eu pensei que já podia fazer o meu banhinho e ainda caí na casa de banho,..."</i> (...) <i>"Sobretudo o equilíbrio, recuperar o equilíbrio que ainda não está totalmente recuperado mas recuperar o equilíbrio, ..."</i> (...) <i>"Eu diria que foram todas importantes, quando não estamos a funcionar com o nosso organismo a 100%, tanto faz ter a falta do braço, da perna ou da vista, nós sentimos a falta; se eu tivesse a vista estava melhor mas como me está a doer a perna já não estou. Eu considero que o ideal é o corpo funcionar no seu todo. (...) eu senti aquelas que já referi de falta de equilíbrio, de falta de força para andar senti como sinto hoje a vista e vou tendo as outras, quer dizer, eu só não tinha limitações ou pelo menos, não considero estas mais importantes que as outras; é mais importante ter a vista, pois sim se eu tenho a vista e se me falta uma perna? Vejo as pessoas a chorar por me tirarem uma perna, no fundo nos sentimos limitações daquilo que nos está a faltar agora, mas e tivéssemos essas e faltassem outras teríamos as mesmas limitações. É o que eu digo, eu valorizo o corpo e a vida no seu todo e não valer apenas a uma parte do corpo"</i>. (E1-ULDPOIE1) <i>"Deixei de mexer o braço deixei de fazer trabalhos com a mão, quero cobrir-me com a roupa e este braço já não ajuda nada, quero urinar e esse braço já não ajuda nada, todas as coisas"</i>. (E2-UMDARGE1) <i>"Estou assim, não posso fazer nada se não com a mão, e com uma mão é difícil fazer alguma coisa"</i>. (E3-UMDFMPE1) <i>"Não sei, sinto-me parada, não consigo andar, não consigo mexer-me, nem levantar-me da cadeira, nem consigo virar-me na cama"</i>. (E5-UMDFMPE2) <i>"Sim, consigo fazer alguma coisa, mas... (...)</i> Porque a idade vai avançando. E o meu passado... (...) <i>É, eu dantes quando não tinha nada, mexia-me e tudo e agora... agora não"</i>. (E6-UMDFMPE3) <i>"As dificuldades que eu agora tenho é não poder mexer os braços, nem as pernas, não sou capaz de dar um passo, não sou capaz de nada. Deus Nosso Senhor é que sabe o que me há-de fazer"</i>. (...) <i>"Levanto-me de manhã porque me levantam, que eu não me levanto, as Enfermeiras é que me levantam, coitadas"</i>. (E7-UMDADFPE1) <i>"Estou aqui agora, viraram-me o pé para ali, agora havia de o virar para ali, mas em passando a "procissão" vão-me dar o banho"</i>. (E8-UMDARGE2) <i>"As maiores dificuldades são, não trabalhar, daquele braço e daquela perna não trabalhar"</i>. (E9-UMDARGE3)</p> <p><i>"De estar parado não quero estar parado, o corpo não me pede para estar parado mas eu tento levantar-me e não posso"</i>. (...) <i>"Ainda ontem foi preciso</i></p> |

| | |
|---|--|
| <p>Subcategoria Equilíbrio / Controle Postural</p> | <p><i>o meu filho rebolar-me lá na cama para me dar mais jeito para ficar com os pés mais perto do chão”. (E11-UCCANE3)</i> <i>“Eu bem grito por Deus e por Jesus e tudo mas nada me vale, é triste uma pessoa querer-se mexer e não poder”. (...) “o corpo preso, não era nada assim, acho-me agora mais presa, basta a gente não ter perninhas também, já não tem nada. (...) “Fiquei presa do corpo, mais nada. (...) Aqui não faço nada, aqui só como e durmo”. (E12-ULDARGE1)</i> <i>“É não me poder mexer”. (...) “Não é que me falte nada, mas a gente mexendo-se para um lado e para outro é mais liberta”. (E15-UMDFMPE4)</i> <i>“Era mexer-me por toda, mexer os dois braços e as duas pernas, mas não dá”. (E18-UCCANE5)</i> <i>“Era ficar bom, claro, não ficar paralisado, nem nada”. (E19-UCFMPE2)</i> <i>“Porque não posso mexer-me”. (...)“Porque não posso movimentar-me. Eu não estava quieta nem um minuto, estava sempre a fazer renda ou malha”. (...) “Porque sim, porque eu ainda queria lidar qualquer coisinha, e uma pessoa acaba por esmorecer a pensar o mesmo, a pensar o mesmo”. (...) “Era eu começar a mexer a mãozinha e o meu pé”. (E20-UMDFMPE5)</i> <i>“Ora isso, não me consigo pôr de pé, não consigo ir à casa de banho, não consigo tomar banho, fazer nada, até para me vestir tenho dificuldade”. (...) “Só sinto que vou para andar e aninho-me, outras vezes deixo-me cair, tenho que andar sempre acompanhada”. (E21-UMDCRCE1)</i> <i>“As minhas dificuldades é tudo, basta eu não me poder pôr em pé, não é? Eu não me segurar em pé, basta isso, não poder fazer nada, nem o comer, nem agarrar numa panela daqui para ali, lavar uma loiça, pronto é a minha dificuldade é essa. (...) Porque se eu me pudesse pôr em pé, dá-me a impressão que já estava boa, já podia fazer tudo, mas o que é com o andarilho..., (...) “...com uma coisa qualquer eu tombo logo para o lado, e não me poder levantar, não poder fazer força para me levantar, é isso tudo a minha dificuldade ao mais de resto, não fiquei afectada em nada...” (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na posição deitado (Decúbito Dorsal) rodar para o lado afectado - Na posição deitado (Decúbito Dorsal) rodar para o lado não afectado - Da posição de deitado (Decúbito Dorsal) mover-se para a posição de sentado à beira da cama - Da posição de sentado mover-se para a posição de deitado (Decúbito Dorsal) - Da posição de sentado mover-se para a posição de pé - Na posição de Pé curvar-se para apanhar um objecto no chão - Permanecer de pé sem apoio - Da posição de Pé mover-se para a posição de sentado |
| <p>Subcategoria Transferências</p> | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p><i>“Olhe levo os dias assim, como vê, têm de me levantar, têm de me deitar, têm que me levar ao banho, ...” (E17-UCCANE4)</i> <i>“Representa muito. Uma pessoa quer fazer as coisas e não poder. Ainda agora fui a casa e não me podia mexer do sítio, não podia, só com o meu neto ou com a minha filha agarrada, ...” (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mover-se da cama para a cadeira e vice-versa - Mover-se da cama para outra cama - Mover-se da cadeira para o sanitário e vice-versa |

| | Excertos das Entrevistas |
|--|---|
| <p>Subcategoria Deambulação/Andar</p> | <p><i>“... mas achei que tinha muitas limitações para andar; quando estava deitado na cama estava convencido que podia andar e quando saí da cama andava mas era encostado, ou agarrado às camas, ou à parede para ir à casa de banho (...) mas claro que eu andava muito mal, não andava nada de jeito”. (...) “... comecei a andar no corredor agarrado ao corrimão, ia para um lado e vinha para o outro a tentar andar”. (...) “No princípio naturalmente que foi o andar, recuperar o andar tinha uma ânsia muito grande de recuperar o andar e estou a conseguir, (...) “... se eu fizesse aquilo que os enfermeiros me mandavam, ainda hoje não andava e eu realmente começo a andar (...) e para susto deles passam e eu vinha já para o refeitório sozinho, antes que me fossem buscar eu vinha cá ter abaixo para não dar oportunidade a que me fossem lá buscar eu vinha ali agarrado e tal, consciente dos riscos que corria claro”. (...) “ O meu corpo praticamente, tirando estas limitações de não andar, eu já estou praticamente, até o auto-domínio da própria mão, da perna, da própria firmeza, embora às vezes esteja um bocadinho mais preocupado, mas vejo que estas mudanças estão superadas na minha vida”. (...) “... claro e eu às tantas já estava pronto e comecei a vir até à porta, digamos a vestir o pijama e comecei a vir até à porta do banheiro e depois tinha algum receio de atravessar o corredor (...) ainda cheguei a utilizar a cadeira de rodas mas foi mesmo muito pouquinho, (...) “... o andarilho – eu nunca tive jeito para andar com isso – aqui também a bengala, andei uns dias com a bengala tenho a bengala lá na mala do carro, andei com ela alguns dias depois deixei-a logo de lado, hoje não sei andar com ele”. (...) “ Apesar daquelas limitações, eu já estou cá fora, já estou a andar, ainda não estou curado mas já estou a andar...” (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Eu, na minha ideia, não me considero idoso porque eu andava parecia um passarinho”. (...) “Por enquanto é andar”. (...) Está paralisado, já não fico como era, o braço já não tem mais conserto, mas ainda estou feliz por ter a esperança de andar, já é uma coisa muito boa, se ficasse numa cadeira de rodas era pior. (E3-UMDFMPE1)</i></p> <p><i>“ Agora já não posso fazer nada. (...) São todas, eu não posso. (...) É não poder andar, não poder trabalhar com esta mão, com este braço, este mexo, mas só um também não faz o que é preciso”. (...) Então vou para casa não tenho lá ninguém, não posso trabalhar, como é que há-de ser a minha vida. (...) “É ter saúde, se eu ao menos poder andar e lidar em minha casa, que não parasse, como eu fazia, coisas pesadas não, que eu já não as fazia, mas trabalhei muito, trabalhei na agricultura. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“ Não sei, eu nunca me vi assim e agora estava a dizer que eu se calhar não ficava a andar (Choro) ”. (...) “Era começar a andar, era a maior alegria que eu podia dar aos meus filhos. Vem agora aí um passar o Natal e eu estou a ver que nem o Natal vou passar a casa, que é o meu mais velho que está na Suíça”. (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p><i>“Agora neste momento, era andar com os dois pés bem, não ter vertigens e andar em condições, ver e manobrar”. (...) “ Olhe, não sei, um dia que eu possa, não sei se eu viver mais, possa mexer e possa manobrar. (...) “Para dizer a verdade em tudo, antes de ter, sempre andava melhor e agora não, sinto-me preso”. (E6-UMDFMPE3)</i></p> <p><i>“É andar, fazer o trabalho com as minhas próprias mãos”. (...) “Que</i></p> |

| | |
|--|--|
| <p>Subcategoria Deambulação/Andar</p> | <p><i>tenho de comprar, umas...eu já disse para as minhas filhas, tinha de comprar um carro para andar que eu não posso". (...) "Andar numa cadeira de rodas". (E8-UMDARGE2)</i></p> <p><i>"Acho que não posso, não tenho força no corpo nem nos braços. Lembra-me andar e não posso". (...) "Depois lá pus os pés no chão levantei-me, pus a minha mão no ombro dele e lá me levantei andei mal um bocadito encostado a uma cadeira aí um 4 ou 5 metros, depois voltei par trás e sentei-me no mesmo sítio e ali estou. (...) "Sim com ajuda, se não tiver ajuda tenho que me encostar à parede, ou às cadeiras ou à cama só com ajuda". (...) "A maior dificuldade é não poder andar, não poder girar para ir até ao campo, é isso estou habituado a isso desde criança, ..." (...) "O mais importante para mim era a saúde, poder girar, poder andar, nem que fosse para perto, já não digo para longe". (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>"É andar". (E13-UCFMPE1)</i></p> <p><i>"Se pudesse andar, mal mas andar, mas não ando nada. Não sei o que há-de ser da minha vida". (E14-UMDARGE4)</i></p> <p><i>"Eu tenho uma dificuldade muito grande no andar. (...) De resto, ainda ando mais ou menos, mas no andar é que eu tenho uma dificuldade danada". (...) "Ando aí para trás e para diante e para diante e para trás. (...) Não, em andariño ainda. O médico também não me disse nada para eu arranjar cadeira, disse para arranjar um andariño". (E16-UMDADFPE2)</i></p> <p><i>"Ora bem, o que eu tenho pensado e sentido disto, gostava de recuperar ao menos as duas pernas e o braço direito, parece-me a mim que já me entendia. (...) "E então recuperar o braço direito e a perna direita e também a perna esquerda, para eu poder andar, que a minha ideia era essa". (...) "Era, era, com uma canadiana ou com uma muleta ou um andariño, era andar mas estou a ver a coisa um bocado complicado, não há maneira, ...". (E17-UCCANE4)</i></p> <p><i>"Não ando bem não". (...) "De não poder andar, de não poder trabalhar, (...) A minha ideia é que não posso fazer". (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>"Era ter mais um bocadinho de saúde". (...) "Porque não ando subjugada a ninguém, andar pelo meu pé e fazer, não precisarem de me por aqui ou ali, era muito importante, para mim era a coisa mais rica do mundo". (E20-UMDFMPE5)</i></p> <p><i>"Só sinto que vou para andar e aninho-me, outras vezes deixo-me cair, tenho que andar sempre acompanhada". (E21-UMDCRCE1)</i></p> <p><i>"... tenho bocados que estou assim melhorzita, mas tenho outros bocados que estou mesmo caída de todo, que só caio para o lado esquerdo e não consigo dar um passo nem nada". (...) "Era a minha cabecinha direita, que eu ao menos conseguisse andar, já era muito". (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Andar deslocando-se dentro de casa (Interior) sem apoio - Subir e descer um lanço de escadas sem apoio (apenas apoio de corrimão ou auxiliar de marcha – muletas/bengala) - Andar deslocando-se dentro de casa (Interior) com auxiliar de marcha sem apoio - Mover-se dentro de casa (Interior) em cadeira de rodas sem apoio - Andar deslocando-se fora de casa (exterior) sobre superfícies |
|--|--|

| | |
|---|--|
| Subcategoria Deambulação/Andar | <p>irregulares (Pisos irregulares - - Relva, cascalho/Gravilha, areia...)</p> <p>- Andar deslocando-se fora de casa (Exterior) com auxiliar de marcha sem apoio</p> <p>- Mover-se fora de casa (Exterior) em cadeira de rodas sem apoio</p> |
| Categoria | Atividades de Vida Complementares – (AVIC) |
| Subcategoria Tarefas Domésticas | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p><i>“Eu também percebo um bocadinho de carpinteiro e de pintura de todas as coisas e tinha gosto em fazer, agora em casa nem sequer um prego posso pregar. Se eu tiver um prego lá para pregar tenho que chamar alguém para pregá-lo”. (E3-UMDFMPE1)</i></p> <p><i>“As maiores dificuldades, são que eu queria começar a tratar da minha vida em casa e não começo. Arrumar as minhas roupas, arrumar as minhas coisas todas e não faço nada. Agora a minha casa vai para obras, vai ser deitada a baixo, quem é que agora lá está para arrumar aquelas coisas todas”. (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p><i>“Gostava muito de vir à rua com a minha cadelinha, é uma cadelinha muito pequenina que eu lá deixei ficar em casa (Choro)”. (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p><i>“Eu digo a mesma coisa, a estar habituado de pequenino ao campo, era ir para o campo outra vez, a trabalhar com os bois ou com o tractor ou podar, ou limpar, ou amanho as videiras ou as couves, isso queria”. (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>“... mas queria-me ver à-vontade a trabalhar, como eu trabalhava, lavava roupas e cavava terra e, eu sei lá o que eu fazia, e eu queria na mesma”. (...) “Gostava de fazer limpeza á casa e de lavar a roupa e tudo”. (E12-ULDARGE1)</i></p> <p><i>“Claro que tinha”. (...) “Olhe, pensava fazer o que havia por fazer nas terras (...) e agora não faço nada. (...) “Alterou a minha vida completamente. (...) Tomava conta da vida toda de casa e agora não posso”. (...) “Como estou a dizer não sei, mas, tenho a impressão que já não sou capaz de tratar dos animais, nem de lavar roupa, nem de passar a ferro, nem de fazer a limpeza da casa, tenho a impressão que já não sou capaz. Não sei”. (...) “É uma mudança muito grande”. (...) “Trabalhava, lidava com a vida de casa, roupas, animais e tudo e agora não posso fazer nada”. (E13-UCFMPE1)</i></p> <p><i>“ É o almoço, o jantar, arrumar a casa. Nunca tive uma mulher-a-dias e agora tenho uma mulher que vai lá uma vez por semana uma mulher-a-dias para me limpar a casa, porque as limpezas ligeiras fazem-se mas aquelas de se tirarem o frigorífico, fogão, tenho que falar a uma mulher, uma vez por mês”. (...) “Fazer o almoço, o jantar, tratar da limpeza da casa, trabalhar de costura, deixei isso tudo. (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p><i>“Tinha, era trabalhar, na agricultura e ir vivendo”. (E17-UCCANE4)</i></p> <p><i>“Mal, muito mal, faz de conta que foram os astros que caíram todos em cima de mim. Eu era uma pessoa que era muito mexida, fazia a minha vida toda normal, e lavava e passava a ferro, eu tirava a roupa da máquina, eu, pronto, fazia a minha vida normal e depois ver-me aqui no hospital presa, é horrível”. (E21-UMDCRCE1)</i></p> <p><i>“Foram muitas, foram muitas, porque, eu estava habituada a tratar da minha vida, a fazer o comerezinho, a lavar a loiça, a passar a ferro e assim e agora não poder fazer nada, foram muitas alterações”. (...) “Muito mal, muito mal. Se eu não fico ao menos a tratar da minha vida, assim direita, já não digo mais que eu já pouco mais fazia, assim a</i></p> |

| | |
|---|---|
| Subcategoria Tarefas Domésticas | <i>fazer um comerezinho, a lavar uma loiça e a fazer umas coisitas assim, não sei o que há-de ser de mim". (E22-UMDCRCE2)</i> |
| | Itens com significado emergente: <ul style="list-style-type: none"> - Fazer as compras e adquirir os bens necessários para o seu dia-a-dia - Preparar os alimentos e servir refeições - Fazer Tarefas Domésticas leves (Limpar a cozinha e os utensílios...) - Fazer Tarefas Domésticas Pesadas (Lavar e secar roupa, Limpar a habitação) - Realizar actividades para manutenção na casa ou local de Habitação - Utilizar ferramentas necessárias para as reparações na manutenção da habitação - Realizar tarefas para obter alimentos da actividade agrícola (Cultivar produtos alimentares para consumo pessoal – Plantar, Regar, ...) - Cuidar de animais domésticos e de estimação |
| Subcategoria Transportes | Excertos das Entrevistas |
| | <i>"Eu já há uns poucos de meses, talvez há um ano, se eu vinha ao mercado tinha de falar a um táxi e depois ia para cima outra vez noutro táxi ia no mesmo, comprava aqui e comprava acolá mas não trazia as coisas para o táxi, perguntava a algumas da minha terra "olha vais para cima, como?"; "vou de camioneta"; olha eu vou de táxi, então vai-me ali buscar isto, e aquilo e aquilo e lá me levavam para o táxi e pagava, eu é que pagava o táxi e era assim a minha vida, mas agora já nem assim posso fazer. (E4-UCCANE1)</i> |
| Subcategoria Responsabilidade – Medicação | Itens com significado emergente: <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar transporte público sozinho / a - Utilizar transporte público acompanhado / a - Utilizar apenas transportes privados (Táxi, automóvel familiares, ...) |
| | Excertos das Entrevistas |
| Subcategoria Aspectos Económicos/Financeiros | <i>"Estava lá em casa sozinha todo o dia a olhar para quatro paredes". (E5-UMDFMPE2)</i> <i>"Não lhe sei dizer, mudou...olhe não posso manobrar como eu quero, fazer as coisas às vezes e não consigo chateia-me". (E6-UMDFMPE3)</i> |
| | Itens com significado emergente: <ul style="list-style-type: none"> - Cumprir a prescrição da medicação (medicamento, dose e horas correctas) |
| Subcategoria Aspectos Económicos/Financeiros | Excertos das Entrevistas |
| | <i>"comprava aqui e comprava acolá mas não trazia as coisas para o táxi,(...) eu é que pagava o táxi e era assim a minha vida, mas agora já nem assim posso fazer". (E4-UCCANE1)</i> <i>"Estou cada vez pior, estou fartinha de gastar dinheiro em fraldas e tudo e sou sozinha, com a minha reforma tão pequena (Choro)". (...)</i> <i>"Porque eu vivo com muitas dificuldades e nunca fui feliz, nem nada". (E5-UMDFMPE2)</i> <i>"Trabalhava na fazenda, numas vinhas e tinha aquele coisito do estado, ainda andava amparado". (...)</i> <i>"Não foi mais nada, foi tudo a eito". (...)</i> <i>"Quer se dizer eu tenho vivido, porque tenho uma reformazita". (...)</i> <i>"Está tudo a subir, cada vez mais e o dinheiro é pouco, o que é que é uma reforma para governar uma família com aquele dinheiro". (E16-UMDAFPE2)</i> <i>"O mais importante para mim é ser como era, tratar da minha vida, andar, fazer as minhas coisas por mim, não estar a depender. Se era</i> |

| | |
|--|---|
| Subcategoria Aspectos Económicos/Financeiros | <i>preciso fazer compras era eu que as fazia, tinha tudo em ordem e agora ter que viver de esmolas, faz de conta, não é, isso é horrível". (E21-UMDCRCE1)</i> |
| | Itens com significado emergente: - Lidar com dinheiro para fazer as compras do dia-a-dia - Gerir aspectos económicos (Manter conta bancária, fazer negócios, ...) - Controlar os recursos económicos (garantir segurança económica face aos rendimentos) |
| Subcategoria Uso do Telefone | Excertos das Entrevistas |
| | <i>"O meu corpo praticamente, tirando estas limitações de não andar, eu já estou praticamente, até o auto-domínio da própria mão, da perna, da própria firmeza, embora às vezes esteja um bocadinho mais preocupado, mas vejo que estas mudanças estão superadas na minha vida". (E1-ULDPOIE1)</i> <i>"Eu também percebo um bocadinho de carpinteiro e de pintura de todas as coisas e tinha gosto em fazer, agora em casa nem sequer um prego posso pregar. Se eu tiver um prego lá para pregar tenho que chamar alguém para pregá-lo". (E3-UMDFMPE1)</i> |
| | Itens com significado emergente: - Utilizar com uma ou ambas as mãos o telefone (por iniciativa pessoal) - Digitar os números do telefone da pessoa que quer contactar (Filhos, Netos, Amigos, Resolução de um assunto,...) |
| Categoria | Actividades de Vida Complexas – (AVICOMP) |
| Subcategoria Conduzir | Excertos das Entrevistas |
| | <i>"Tinha um tractor, trabalhava com ele quando era preciso, quando não era preciso trabalhar ia passear, ia nele". (E17-UCCANE4)</i> Itens com significado emergente: - Para conduzir o seu carro, tractor, outro.... |
| Subcategoria Pratica Desportiva | Excertos das Entrevistas |
| | <i>"Eu sinto-me nesta limitação dentro do normal, já se sabe que se eu pudesse andar, se eu pudesse correr, seria diferente, mas isso não me leva a não me sentir pessoa e até se calhar tirando algum partido disso, ...". (E1-ULDPOIE1)</i> <i>"Porque já sinto os anos que cá estão, já não posso andar como andava, nem saltar nem correr nem andar de bicicleta, nem nada, por isso é que ando mais triste, porque podia e agora não posso". (E11-UCCANE3)</i> |
| | Itens com significado emergente: - Para praticar actividade física – Qual? _____ |
| Subcategoria Cantar e Tocar instrumento Musical | Excertos das Entrevistas |
| | <i>"A tocar música". (...) "Tocava trompete e cantava". (E10-UCCANE2)</i> Itens com significado emergente: - Tocar Instrumento Musical - Qual? _____ |
| Subcategoria Viajar/passear | Excertos das Entrevistas |
| | <i>"Tinha, o projecto que tinha era dar um passeio e ir visitar a Madeira que eu sou de lá, o ano passado estive lá, ou ir à Venezuela que tenho lá três irmãs, agora já não posso ir, acabou". (...) "...que agora não</i> |

| | |
|---|--|
| <p>Subcategoria Viajar/passear</p> | <p><i>posso conviver com a família, nem ir para festas, nem para banquetes, nem para nada". (E3-UMDFMPE1)</i></p> <p><i>"Passeava lá pela rua ao pé das da minha idade. Ainda agora lá foi uma mulher da minha terra, S.João, e às vezes era assim "O J.... então tu não andas?" ; "Pois não, pois não, cortaram-me as pernas". (...) Gostava de andar a passear lá na rua, a rua é reles, mas mesmo assim. (...) Ia-me sentar ao pé da porta da Comissão, que lá o Presidente, punha uma mesa na rua para quem quisesse beber, ali beber sentados". (E8-UMDARGE2)</i></p> <p><i>"Era começar a andar. Era começar a andar. (...) É, mais nada, já não queria mais nada, era só começar a andar. (...) Porque queria fazer a minha vida, queria ir a casa dos meus filhos". (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viajar/Passear e visitar a família |
| <p>Subcategoria Comunicar</p> | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p><i>"Gostava de ter com quem conversasse, mas nem isso tinha e não gostava de ir para casa de ninguém". (...) "Gostava de ter quem conversasse comigo". (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>"Conviver, viver com a mulher, com os filhos". (E6-UMDFMPE3)</i></p> <p><i>"Nos tempos livres gostava de estar com as minhas amigas". (...) "Conversar, sim, mas não falar na vida dos outros, conversar na nossa vida". (...) "Mais nada. Estávamos sentadas e conversávamos". (E7-UMDADFPE1)</i></p> <p><i>"Mais tempo livre, estou mais perto da porta, sentado ao pé da porta ou no portão à borda da estrada, levo uma cadeirinha e sento ali e passa alguém e "Bom dia; boa tarde, estás melhor? Como vais? Para onde é que vais hoje ou para onde é que foste" e passa-se mais um bocado". (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>"Eu já não queria fazer nada, era só andar e viver ao pé da família conversar". (...) "Às vezes ia até à Casa do Povo, à casa de convívio, passar tardezita...". (E17-UCCANE4)</i></p> <p><i>"Aqui, é não fazer nada. Conversar com os amigos e com as amigas a passa-se assim o tempo". (E18-UCCANE5)</i></p> <p><i>"Porque estou aqui, já não estou em casa. (...) Sim a mesma pessoa, mas já não ligo tão bem com as pessoas, já não vou a casa quase há três meses e tudo isto é esquecimento mesmo, estou afastado". (E19-UCFMPE2)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conversar com as pessoas que se encontram junto de si - Conversar com as pessoas da sua comunidade |

Quadro 5 - Excertos e itens do Domínio Psicológico

| Domínio Psicológico | |
|---|--|
| Categoria Cognitivo/Motor | Excertos das Entrevistas |
| | <p>“... a nível do conhecimento, quer dizer, não fui assim muito afectado por isso, mas a nível da caligrafia por exemplo, caiu a caligrafia, (...) hoje estou a tentar recuperá-la mas a muito custo e sobretudo no fundo eram estas duas coisas: o equilíbrio e digamos o retomar aqueles hábitos de escrever. (E1-ULDPOIE1)</p> <p>“...eu sabia de tudo, sabia ler de tudo, sabia escrever de tudo, não dava um erro”. (E18-UCCANE5)</p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sou capaz de me manter atento/a a ver televisão - Compreendo as coisas que se passam na minha vida - Compreendo o que leio (jornal, documentos...) - Sou capaz de escrever como escrevia - Sou capaz de fazer a caligrafia que fazia |
| Categoria Percepção do Estado de Saúde | Excertos das Entrevistas |
| | <p>“Era ter saúde. Nunca tive boa vida e agora gostava de passar o resto porque também já tenho idade”. (E4-UCCANE1)</p> <p>“O futuro é ter saúde, ter saúde e viver”. (E6-UMDFMPE3)</p> <p>“Então é o meu corpo, tenho a percepção que queria ter mais saúde para poder girar com a minha vida. Só ao menos que fosse para ao pé da minha filha”. (E7-UMDADFPE1)</p> <p>“É não ter cabeça para gerir, agora não era capaz de gerir a minha casa que era muito grande, tinha muitos animais, tinha tudo e agora já não tinha cabeça para isso”. (E18-UCCANE5)</p> <p>“ Não, quero saúde e manobrar mais”. (E6-UMDFMPE3)</p> <p>“... mas queria-me ver à-vontade a trabalhar, como eu trabalhava, lavava roupas e cavava terra e, eu sei lá o que eu fazia, e eu queria na mesma”. (E12-ULDARGE1)</p> <p>“Se tivesse um bocadinho mais de saúde, continuava como eu andava”. (E20-UMDFMPE5)</p> <p>“Ter saúde”. (E6-UMDFMPE3)</p> <p>“Era a saúde, a saúde, a coisa mais importante era a saúde, não havia nada mais importante, não a tenho. (Choro) (...) Que me acontecesse uma coisa boa, que me aparecesse a saúde”. (E8-UMDARGE2)</p> <p>“Era ter saúde como eu tinha”. (...) “O mais importante era ser como era, tratar da minha vida como tratava”. (E13-UCFMPE1)</p> <p>“O mais importante era ter saúde e lidar como a minha vida como lidava antes”. (...) “É ter saúde, como eu tinha”. (E14-UMDARGE4)</p> <p>“Era ter saúde, não me dar esta coisa”. (E19-UCFMPE2)</p> <p>“Gostava de ficar bom”. (...) “Ficar bom para mim era uma alegria do mundo”. (E16-UMDADFPE2)</p> <p>“Então vou para casa não tenho lá ninguém, não posso trabalhar, como é que há-de ser a minha vida”. (E4-UCCANE1)</p> <p>“Estava lá em casa sozinha todo o dia a olhar para quatro paredes”. (E5-UMDFMPE2)</p> <p>“É eu querer estar em casa e tratar da vida e não posso, ando nesta vida assim”. (E12-ULDARGE1)</p> <p>“O meu mundo é o mesmo, vejo como via antes, para mim não posso fazer como fazia antes, então eu olho o mundo com a mesma perspectiva aguardo ansiosamente todos os dias se der passos maiores nele. (...) O meu mundo continua a ser o mesmo, os mesmos objectivos e estou consciente de dia para dia, mas não</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <p><i>estou inibido interiormente, nada, estou apenas consciente das minhas limitações, mas inibição “está lá, foi uma coisa que apanhei, agora nunca mais vais poder ser como eras”, nada”. (E1-ULDPOIE1)</i> <i>“O meu coração às vezes aflige-se e não posso ter a mão em cima do coração, o coração fica aflito e tenho de a tirar logo, porque a mão está muito pesada. Às vezes a mão ficava em melhor posição, mas não pode ser”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“... é facto é que essa limitação não me tirou nunca a boa disposição, a alegria, a confiança, brincar com as coisas, nunca me deixou muito acabrunhado (E1-ULDPOIE1)</i> <i>“Estou contente de estar aqui, com a vida que eu tenho, não”. (E5-UMDFMPE2)</i> <i>“Olhe não tenho alegria nenhuma”. (E20-UMDFMPE5)</i></p> <p><i>“Eu não tenho motivos nenhuns para me julgar infeliz no meio disto, sinto que tenho limitações, mas infelicidade não”. (...) “Estou consciente que não estou ainda em condições de, digamos, de estar como estava antes, eu estou mais limitado, mas só isso”. (...) “Sim, reconheço as minhas fraquezas e também daqueles que me rodeiam e portanto não sou pessoa de ficar a perder tempo com as faltas, resolvo e passo à frente”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“... eu vi que tinha perdido energia a quase todos os níveis, eu mais parecia uma pessoa sem vida”, (...) “... mas contrariamente ao que me diziam eu tentei sempre ir à casa de banho, portanto dentro do possível tentei sempre ir”. (E1-ULDPOIE1)</i> <i>“... Porque já não tenho reacção no meu corpo para nada. Não posso andar, não posso mexer o meu braço e agora partido ainda pior”. (E4-UCCANE1)</i> <i>“O mundo é bom para quem trabalha com ele e faz tudo e tem saúde, isso é que é bom, eu não posso fazer isso”. (E6-UMDFMPE3)</i> <i>“É querer andar e não poder e cansar-me e não ter o brilho que tinha, eu andava sempre parecia uma estrela e agora pareço uma velha caduca (risos) ”. (E12-ULDARGE1)</i> <i>“Então, ia trabalhar, por aqui e por ali, assim não posso trabalhar tenho que estar parado”. (E16-UMDADFPE2)</i> <i>“Não sou eu”. (...) “Porque já não tenho a genica que tinha, não tenho nada. Tinha aquilo por causa de andar sempre a correr para trás e para diante, fazia comer para muita gente, tudo”. (E18-UCCANE5)</i></p> <p><i>“Ando a fazer os tratamentos, para ver como é que consigo andar”. (E15-UMDFMPE4)</i> <i>“Tenho que andar nisto a ver se fico melhor e mais nada. Eu já cá estive uma vez, mas depois não me sentida bem e fui embora, agora voltei”. (...) “Agora vim para aqui fazer fisioterapia, mas ando cá pouco tempo por que, se eu não vir jeito que fico melhor vou-me embora”. (...) – “Acho muito ruim, se pudesse andar era bom, não posso, eu bem faço para diligência disso, mas não”. (E16-UMDADFPE2)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ainda tenho Saúde para viver os anos que me restam - Ainda tenho saúde para fazer as coisas que fazia anteriormente - Ainda tenho saúde para gerir as tarefas e obrigações do dia-a-dia - Ter saúde é das coisas mais importantes para eu recuperar do AVC |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ainda posso viver sozinha na minha própria casa - Consigo controlar a minha ansiedade - Sinto-me alegre apesar das limitações que tenho - Sinto auto-confiança apesar das limitações que tenho - Gostava de manter a minha energia física para desempenhar as actividades necessárias do dia-a-dia - Gostava de manter minha energia psicológica para desempenhar as actividades necessárias do dia-a-dia - Pretendo cumprir com as actividades do programa de reabilitação que me foi proposto |
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <p style="text-align: center;">Excertos das Entrevistas</p> <p><i>“O braço esquerdo, já eu mexo um bocadinho que foi o que teve, ...”.</i> (E7-UMDADFPE1)</p> <p><i>“Muitas vezes penso que ao menos me pusessem a perna esquerda boa, a perna direita vai e o braço. Eu a partir daí já me considerava feliz, já andava com uma muleta (...) e ao menos já via a mulher e os filhos, convivia com eles. Já o braço, olhe, se ele não quisesse que se deixasse ficar, ao menos que não me chateasse com dores. (Risos)”.</i> (E17-UCCANE4)</p> <p><i>“No princípio, foi péssimo, agora é que já estou a melhorar”.</i> (E19-UCFMPE2)</p> <p><i>“Tenho pensado que agora é recuperar (...) o que é que eu vou fazer. (...) Agora o mais importante é eu começar a andar, eu tenho essa esperança. Já me deram a esperança que ia andar, mas que com o braço que era difícil”.</i> (E3-UMDFMPE1)</p> <p><i>“Mais importante para mim é ver se consigo mexer, a parte do AVC e curar também o meu querido braço”.</i> (E7-UMDADFPE1)</p> <p><i>“É sinal de recuperar aquilo que tem interesse em recuperar”.</i> (E17-UCCANE4)</p> <p><i>“Eles dizem que sim, que com a fisioterapia eu vou ao sítio, já estou melhor do que aquilo que estava, que eu que ainda vou ao sítio, vamos lá a ver se vai ao sítio”. (...) “Agora muito mal, não é, porque não posso, mas conto em ficar melhor, vamos lá a ver”.</i> (E22-UMDCRCE2)</p> <p><i>“... mas consigo tirar partido disso, tirar partido mesmo sem querer; a naturalidade conforme eu estou na vida e perante os outros acabo por tirar partido disso porque as coisas acontecem, como é que eu tenho tantos amigos estando doente, ...”(...) “... é facto é que essa limitação não me tirou nunca a boa disposição, a alegria, a confiança, brincar com as coisas, nunca me deixou muito acabrunhado”. (...) “...eu estive sempre operacional e sempre e tentar manter um bocadinho de humor perante as coisas, tentar não ficar muito acabrunhado só porque estou doente”.</i> (E1-ULDPOIE1)</p> <p><i>“É poder viver e trabalhar e ser alguém, que assim não sou nada, mas mesmo nada”. (...) “Porque eu sinto isso”. (...) “Que já não valho nada, não posso”.</i> (E4-UCCANE1)</p> <p><i>“Representa, que eu nunca mais volto a ser aquilo que era”.</i> (E5-UMDFMPE2)</p> <p><i>“É não poder nada, não prestar para nada”.</i> (E14-UMDARGE4)</p> <p><i>“Vejo muito mal. (...) Então, porque, queria ser homem como eu era</i></p> |

| | |
|---|--|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <p>e já não torno a ser". (E16-UMDADFPE2) "Agora não valho nada eu". (E18-UCCANE5)</p> <p>"Está tudo desarranjado, está tudo sem jeito". (E4-UCCANE1) "A andar para trás (Choro)". (E5-UMDFMPE2) "Tudo e mais alguma coisa". (...) "Fazia comer para a família, agora nem isso faço é a minha nora que lá vai fazê-lo; tomava conta dos meus dois netos pequeninos, trazia-os à missa e, levava-os à praia quando calhava, poucas vezes que eu este ano não fui nem um dia à praia". (E18-UCCANE5) "Penso que nunca mais me acho boa e só me apetece chorar, é um desânimo, caí num desânimo muito grande". (E21-UMDCRCE1)</p> <p>"Sempre cada vez pior, não tem dado melhoras, só cada vez pior. Não tenho melhoras nenhuma". (...) "Porque eu não me sinto melhor". (...) "É poder viver e trabalhar e ser alguém, que assim não sou nada, mas mesmo nada". (...) Porque eu sinto isso. (...) "Que já não valho nada, não posso". (E4-UCCANE1) "Porque eu não vejo melhoras nenhuma em mim". (...) "Então o que é que eu ando aqui a fazer, não ando aqui a fazer nada". (E5-UMDFMPE2) "Vejo o futuro a fraquejar para mim, pelo menos para mim". (E6-UMDFMPE3) "Eu nem quero pensar, nem quero pensar". (E13-UCFMPE1) "O meu futuro está arrumado". (E16-UMDADFPE2) "O que eu penso é que nunca mais volto ao mesmo, nunca mais, pelo que eu vejo". (...) "Vejo o meu futuro, mal encaminhado. Pela minha vida (...) é só isso". (E17-UCCANE4) "O meu futuro, agora está caído". (...) "Porque eu estou doente e eu acho que isto não é uma doença de cura e o meu marido tem problemas também graves". (E18-UCCANE5) "Cinzento". (E20-UMDFMPE5) "É o fim do mundo, e depois eu não sou aquela pessoa que não me convenço que vou ficar boa. Se eu me convencesse "eu estou aqui mas vou ficar boa", mas não me convenço que vou ficar boa". (E21-UMDCRCE1)</p> <p>"Não lhe sei dizer, mudou...olhe não posso manobrar como eu quero, fazer as coisas às vezes e não consigo chateia-me". (E6-UMDFMPE3) "Representa que me incomoda bastante, quero ir e não posso e fico chateado de estar preso, ...". (E11-UCCANE3)</p> <p>"... sou infeliz, estou aqui". (...) "Por já não me sentir feliz como estava, sentia-me feliz, tinha saúde, não me sentia de nada, isto é uma doença que não dói, não me chateava com nada". (E3-UMDFMPE1) "Sei que é assim. Não pode ser melhor a minha vida, não pode ser melhor. (...) Porque não, é sempre isto, esta infelicidade tão grande". (E10-UCCANE2) "Olhe, é o mal dos meus pecados. Não há outra solução o que é eu hei-de fazer". (E16-UMDADFPE2) "Não, agora já não. (...) Porque eu não me sinto bem". (E4-UCCANE1) "Significa doença, doente, arreliado, triste, sem coragem". (...) "Não me sinto satisfeito por andar assim desta maneira que não posso lutar, não posso trabalhar por isso não ando muito satisfeito não, ando insatisfeito". (E11-UCCANE3) "Não posso estar". (E14-UMDARGE4) "Então, porque me encontro assim e não estou satisfeito com nada".</p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <p>(E16-UMDADFPE2) <i>"Com a minha situação actual não posso estar satisfeito, (risos) não posso, porque, é um bocado complicado".</i> (E17-UCCANE4) <i>"Não. (...) Porque, sinto-me incapaz".</i> (E18-UCCANE5) <i>"Não, não estou. (...) Com esta doença, satisfeito, não posso estar".</i> (E19-UCFMPE2) <i>"Não, estava satisfeita antes de isto me dar, agora não".</i> (E21-UMDCRCE1)</p> <p><i>"Agora com isto, estou a ver que não tenho cura".</i> (E5-UMDFMPE2) <i>"A ideia que eu tenho é que isto nunca mais tem outro rumo, já não dá mais nada. Já não digo para trabalhar mas para viver em casa ao menos com a família, é só a mulher que tenho...".</i> (...) <i>"Para melhor nada, talvez para pior, só para pior".</i> (E17-UCCANE4) <i>"Representa que eu ficarei assim ou não ficarei, ...".</i> (E12-ULDARGE1) <i>"Que não fico boa. (...) Que não fico boa".</i> (E20-UMDFMPE5) <i>"Eu sei lá, eu sei lá se isto chega a ponto de ainda reanimar qualquer coisa ou se será já para ficar assim, não sei, vamos a ver".</i> (E22-UMDCRCE2)</p> <p><i>"Tudo quanto é pior. Sinto-me como um cachorro, como uma pessoa que já não posso, sem ter intenções para nada".</i> (E4-UCCANE1) <i>"É muito triste, quem fazia tanto, trabalhava tanto".</i> (E15-UMDFMPE4)</p> <p><i>"Porque já sinto os anos que cá estão, já não posso andar como andava, nem saltar nem correr nem andar de bicicleta, nem nada, por isso é que ando mais triste, porque podia e agora não posso".</i> (...) <i>"Eu sim, digo sempre "Eu já estou velho, já estou velho". Então eu já tenho tanto ano e o que será de mim agora, então eu já não tenho força agora o que será então daqui a mais 3 ou 4 ou 5 anos? Já não preto presto para nada, já não saio da borda da estrada, agora já ando aqui a estorvar (Choro) ".</i> (E11-UCCANE3) <i>"Cheguei à idade. (Risos)"</i> (...) <i>"É a velhice que chegou, foram os anos que se passaram, não é a doença, foi os anos, os anos fazem-se com doença ou sem doença, foi os anos que chegaram".</i> (E17-UCCANE4) <i>"Estou a ficar velha mesmo. Isto, o Sr. quando chegar à minha idade, depois vê".</i> (E18-UCCANE5) <i>"E sinto-me sem forças nenhuma, é claro que uma pessoa jovem, ainda tem muita força, até aos 50 anos ainda há muita força".</i> (E20-UMDFMPE5) <i>"Eu não sei, não sei o que hei-de dizer. Não sei o que tenho sentido".</i> (...) <i>"Só sei dizer, que o mais importante é eu estar assim".</i> (...) <i>"Não gostava de nada. Gostava de ter tudo".</i> (...) <i>"Não precisasse de nada".</i> (...) <i>"Pois era. É triste a minha vida".</i> (...) <i>"Foi-se tudo embora. (...) A minha vida é uma tristeza...."</i> (...) <i>"Agora que hei-de fazer à minha vida, é uma vida triste, a minha vida é triste".</i> (E10-UCCANE2)</p> <p><i>"Olhe, tenho vivido triste que eu não contava com isto, foi assim de repente e ninguém espera por uma coisa destas".</i> (E3-UMDFMPE1) <i>"Em coisas tristes e mais nada".</i> (E13-UCFMPE1) <i>"Na minha vida que é triste, agora".</i> (E14-UMDARGE4) <i>"Nem sei que é que lhe diga. Não vivo alegre. Não vivo alegre".</i> (E15-UMDFMPE4)</p> <p><i>"Vejo um futuro triste, o futuro agora é ir andando de qualquer maneira, mais fácil".</i> (E3-UMDFMPE1) <i>"Então, uma pessoa que está assim, tem um futuro alegre? Não</i></p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <p>tem". (E20-UMDFMPE5)</p> <p>"O futuro está mal, porque aquele menino se eu lhe falto, falta-lhe tudo, porque não tem pai, não tem mãe, não tem emprego, é triste, porque era eu que podia ajudá-lo. Ele já passou para o 10º e com o 12º já podia arranjar um emprego, mas assim agora fica para ali abandonado e isso a mim mata-me muito". (E21-UMDCRCE1)</p> <p>"Digo isto, porque, estou a fazer sofrer a minha filha e ela tem de tratar da vida dela. Agora aqui estou a ser tratado pelo hospital, agora aqui só com a minha filha, eu dar-lhe que fazer a ela e sofrer pela minha doença". (E19-UCFMPE2)</p> <p>"É uma tristeza, vejo as outras pessoas a andar e eu ali, ...quem tanto trabalhava como eu. (Choro)". (E8-UMDARGE2)</p> <p>"Agora estou para aqui a fazer fisioterapia desde manhã até à noite sentado como o comerequinho que a casa dá às refeições, mas não é só a mim, há lá muitos". (E16-UMDADFPE2)</p> <p>"Não tem sentido nenhum. (...) Porque não me vejo como as outras pessoas. (...) Porque lidam dum lado e lidam do outro e eu não posso sair do sítio, praticamente". (E20-UMDFMPE5)</p> <p>"Estou muito triste. Agora em casa se quero ajudar a fazer alguma coisa, não posso fazer nada. É muito triste para mim". (E13-UCFMPE1)</p> <p>"As pessoas falam com filhos e está na casa sozinha mas eu sinto-me melhor, lá não me falta nada, elas não faltam com o comer, não me faltam com a limpeza, não me faltam com nada, mas vivo triste". (E15-UMDFMPE4)</p> <p>"Só o não sair, às vezes tenho um genro e uma filha que me vão levar uma muleta e levam-me no carro e vamos almoçar fora ou assim, mas eu não quero às vezes ir para não estar a aborrecer, são casais novos". (E15-UMDFMPE4)</p> <p>"Só, só tenho pensado isso, sinto-me triste cá. Sinto-me triste". (...)</p> <p>"Que dou trabalho aos outros e não queria dar". (E20-UMDFMPE5)</p> <p>"Porque não posso fazer aquilo que eu quero, parece que tudo caiu em cima de mim. Eu era uma pessoa que mexia, que tratava de tudo, que conseguia ter tudo em ordem e agora estou aqui atada de pés e mãos. (...) Ora bem, estou dependente de toda a gente". (E21-UMDCRCE1)</p> <p>"Porque a gente já não pode fazer o que fazia antes, temos de estar sujeitas aos outros e eu quando tinha saúde não precisa de fazer ninguém, fazia tudo e fazia a esta e fazia àquela mas também não me considerava a fazer assim eu posso e aquelas pessoas não podem, mas agora é que eu estou a ver que é triste a gente querer e não poder. (...) Sim, ou quando tem uma doença ou assim uma pessoa fica sem poder fazer as coisa e é triste". (E22-UMDCRCE2)</p> <p>"É triste, quando a gente chega a este ponto e a precisar de toda a gente e principalmente dos filhos quando a gente os devia era ajudar e ter que estar a depender deles, sem eles poderem, que têm os seus trabalhos para irem trabalhar, é triste". (E22-UMDCRCE2)</p> <p>"Antes de ter o AVC, tinha isto, mas eu pedia a Deus que me curasse para eu poder girar com a minha vida, para fazer alguma coisinha para a minha filha que também morre de trabalho". (...)</p> <p>"Ajudar, ajudava conforme eu pudesse". (E7-UMDADFPE1)</p> <p>"Não sei, não quero pensar nada dessas coisas, estou a dar tanto trabalho à minha filha e à minha neta. (Choro)" (...) "Estou a dar muito trabalho à minha neta e à minha filha. (Choro)". (E13-</p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <p>UCFMPE1) <i>“Era ajudar a minha filha, porque ela tinha comprado a casa e era para ajudar, (...) É o que eu digo, gostava de ajudar a minha filha, apesar de eu ter uns enteados também muito bons, mas a filha como é a mais nova”. (...) “Se eu andasse, ainda era pessoa para ajudar”. (E15-UMDFMPE4)</i> <i>“Ajudar os filhos”. (...) “Acho que já não compareço a eles, e já não posso fazer os serviços, tudo isto adoece”. (...) “Mal, eu fiquei a viver mal, sem poder fazer aquilo que eu fazia”. (E19-UCFMPE2)</i> <i>“Eu tenho um sobrinho que tem 17 anos e fui sempre eu que o criei, que o vesti e o calcei e pu-lo a estudar e agora estou aqui parada e isso machuca-me muito. Ele não tem pai e a mãe é assim uma pessoa, como é que eu hei-de dizer, atrasadinha, não é uma pessoa que lave, que passe a ferro, que o zele, nada dessas coisas. Eu é que fazia isso tudo, eu é que lhe pagava o passe para ele ir para a escola e tudo isso agora acabou. (...) Pois é isso que me dá cuidado, porque estou parada, não o posso ajudar, parece que estou atada de pés e mãos. (E21-UMDCRCE1)</i> <i>“Sinto-me triste, sobre isso. Quando a gente quer e não pode é uma coisa muito triste. (...) Penso a minha vida que se transformou de uma maneira para a outra. (...) Transformou-se no sentido de eu não poder, a mais de resto não se transformou em mais nada. E dar trabalho aos meus filhos que eles têm de trabalhar também, não me podem aturar. (...) “Tratar do meu marido e agora fica sozinho, que hei-de eu fazer à minha vida. Entristece-me muito isso”. (E22-UMDCRCE2)</i> <i>“Olhe triste. Se há coisa triste é a gente querer se mexer e não poder e ser habituada ao trabalho”. (E12-ULDARG1)</i> <i>“Era continuar a trabalhar como trabalhava”. (...) “Era na costura e era na pastelaria”. (E5-UMDFMPE2)</i> <i>“Pensava arranjar se eu pudesse uma casita, depois, deixei completamente”. (E6-UMDFMPE3)</i> <i>“Tinha sonho, tinha sonho tinha”. (...) “Tinha sonho, tinha sonho, a minha vida não veio mais, foi-se e não veio mais à frente da vida, uma vida triste”. (E10-UCCANE2)</i> <i>“Projectos poucos. Projectos de fazer obras, ou isto ou aquilo, Oh! Oh!”. (...) “A coisa que eu pensei sempre e ainda penso era se eu pudesse, o projecto era fazer primeiro uma habitação, uma casinha, tenho lá uma mas já é velhinha, é melhor que nada, foram os meus pais que a deixaram”. (E11-UCCANE3)</i> <i>“Tinha, mas acabou tudo”. (E14-UMDARGE4)</i> <i>“Não tinha projectos na vida, o que é que eu havia de fazer à vida. Quando eu não tinha mal nenhum era uma vida, agora é outra, mas eu também não me importo. (...) Projectos, que é que eu havia de ter projectos. Trabalhava de dia, para comer à noite e pouco mais”. (E16-UMDADFPE2)</i> <i>“Não. O projecto que eu tinha na vida, era ir trabalhando para viver, não era para enriquecer, era para viver. Tinha um tractor, trabalhava com ele quando era preciso, quando não era preciso trabalhar ia passear, ia nele”. (E17-UCCANE4)</i> <i>“Tinha. O projecto maior era ver a minha casa a funcionar”. (E18-UCCANE5)</i> <i>“Sim, graças a Deus estava, estava feliz com ela. Tinha os meus filhinhos, tinha a minha casa, tinha o meu marido que era bom para mim. Agora não, agora já não tenho projectos nenhuns”. (E22-UMDCRCE2)</i> <i>“Eu não sou velho, mas estou podre”. (E14-UMDARGE4)</i> </p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <p><i>“Que não fico boa. (...) Que não fico boa”. (E20-UMDFMPE5)</i> <i>“Eles coitados, estão sempre a dizer que eu me curo, que eu fico boa, só que eu não me convenço”. (E21-UMDCRCE1)</i></p> <p><i>“Vejo que agora está arrumada, porque parou tudo”. (...) “Porque já não sou Sr. de fazer o que fazia”. (...) “Para mim, já não tem capacidade nenhuma, já vejo isto de outra maneira”. (E3-UMDFMPE1)</i> <i>“Apetecia mais estar em casa e a família trata-me e pronto”. (...) “Tenho pensado, que acho melhor ir para casa, ao menos deixava-me lá estar em casa”. (...) “Agora estou para aqui, se vir que não fico melhor volto outra vez para casa, tenho família”. (E16-UMDADFPE2)</i> <i>“E poder caminhar, não andar subjugada a ninguém, andar a massacrar os outros”. (E20-UMDFMPE5)</i> <i>“Sei lá, porque me encontro sempre na mesma. Eu queria andar, o maior entusiasmo vai ser que não estou esquecida, não me afectou a memória”. (E21-UMDCRCE1)</i></p> <p><i>“O meu mundo, está roto”. (...) “Não vejo nada, nada, nada”. (...) “Não sei, nem sei o que é o mundo, mas é triste. Uma vida triste”. (E10-UCCANE2)</i> <i>“Muito. (Assoa-se) A ver as outras pessoas, serem como eu era e agora já não sentia o corpo, sentia medo de ficar paralisado”. (E19-UCFMPE2)</i> <i>“Eu vivo um terror, eu vivo isto como seja um terror. (...) Porque é chato. Uma pessoa que tenha, faz a sua vida normal e trata de tudo em casa e depois fica presa, como é que eu fico. É horrível”. (E21-UMDCRCE1)</i></p> <p><i>“... cá fora o mundo é que nos mede e eu não tenho a ambição de querer ser a pessoa que está diante dos outros como os outros estão, os outros estão com força, com vitalidade e eu não estou com essa vitalidade”. (E1-ULDPOIE1)</i> <i>“Pensam, que já não sou um homem, nada. (Choro) (...) “Porque vêm a minha maneira, não posso...pronto. Vêm mortico...”. (E6-UMDFMPE3)</i> <i>“Eu não sei bem explicar, mas vejo que sou um tipo diferente dos outros”. (...) “Porque estou inutilizado e outras pessoas cheias de vida, mas cada qual, segue o seu caminho”. (E17-UCCANE4)</i> <i>“Sei lá o que é que eles pensam. Pensam que eu sou uma triste agora”. (...) “Acho, que eu era uma mulher cheia de vida. Ainda agora uns amigos nossos convidaram-nos para irmos dar uma volta pelo Norte, agora pensam assim, isto já não vale nada. Esta colega já não presta”. (E18-UCCANE5)</i></p> <p><i>“Eu vejo o mundo agora, de outra maneira. (...) De uma maneira diferente”. (E3-UMDFMPE1)</i> <i>“Eu já não vejo nada no mundo”. (...) “Já não vejo mundo nenhum, o mundo para mim faz de conta que acabou. Há coisas de que me lembro e outras não, esqueceram por completo.” (E4-UCCANE1)</i> <i>“Eu sei lá, as vezes nem vejo mundo, nem vejo nada”. (E5-UMDFMPE2)</i> <i>“Como é que o vejo, vejo-o de qualquer maneira. Vejo o mundo de qualquer maneira”. (E9-UMDARGE3)</i> <i>“Oh! Não presta para nada, agora. (...) Não há nada”. (E14-UMDARGE4)</i> <i>“Não presta, que o mundo que não presta”. (...) “Acho que o mundo tem muita coisa má, tem mais coisas más do que boas”. (E15-UMDFMPE4)</i></p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <p><i>“Vejo o mundo que cada vez está pior (Risos)”. (E16-UMDADFPE2)</i> <i>“Não sei, vejo as coisas mudadas e mudadas para pior”. (E19-UCFMPE2)</i> <i>“Olhe, vejo o mundo parado ao meu lado. O mundo ao meu lado está parado”. (E21-UMDCRCE1)</i> <i>“O mundo vê-se até mal como está, mas temos de ir andando com a graça de Deus. O mundo está muito diferente do que era há uns anos atrás na altura em que fui criada, está diferente”. (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p><i>“Pois, fazia tudo, fazia tudo da vida. (...) Fazia de tudo e de todo o feitiço. (...) “Era fazer os nervos da minha saúde”. (E10-UCCANE2)</i></p> <p><i>“Era se ficava paralisado. (...) Para mim muito, porque, fiquei sem uma filha que faleceu, a mulher faleceu há pouco tempo também e depois foi a filha e isso tudo. (Choro)” (...) “Vejo o meu mundo, desarredado das pessoas”. (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>“Pensava fazer o nosso trabalho, para nos governar, agora já não penso nada. Já não faço nada, o meu marido é a mesma coisa. Tenho um terraço grande como este salão, lá está sentado, lá vai a casa da filha”. (E8-UMDARGE2)</i> <i>“Tratar da minha vida, e agora não posso fazer nada, tive que parar tudo”. (E14-UMDARGE4)</i> <i>“Pois já sou doente há muitos anos. (...) Sim, idosa e doente ainda mais. (...) O doente é ainda pior, que o idoso. (...) Considero uma pessoa doente, sem valer nada. Já nem penso na idade”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“Não sei, sei lá, não vejo melhoras nenhuma no meu corpo não sei”. (E5-UMDFMPE2)</i> <i>“Vejo a minha vida a andar para trás”. (E7-UMDADFPE1)</i></p> <p><i>“Eles às vezes convidam-me, mas eu para não ser peso, não vou, e é assim. (...) “Alterou, alterou”. (E15-UMDFMPE4)</i> <i>“Digo isto, porque, estou a fazer sofrer a minha filha e ela tem de tratar da vida dela. Agora aqui estou a ser tratado pelo hospital, agora aqui só com a minha filha, eu dar-lhe que fazer a ela e sofrer pela minha doença”. (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>“Representa para mim que eu estou parado na vida, estou sem efeitos. Uma pessoa que não pode dos braços e das pernas está defeito está arrumado para o lado. (...) Quer dizer que já não trabalha, nem anda, só faz andar os outros, não é outra coisa”. (E2-UMDARGE1)</i> <i>“Um holocausto”. (...) “Porque eu não era nada assim, desta maneira, eu não era nada assim”. (E20-UMDFMPE5)</i> <i>“Significa um pesadelo para a minha vida”. (E20-UMDFMPE5)</i></p> <p><i>“O AVC causou, eu não ser mais nada no mundo”. (...) “Quer dizer que estou inutilizado, sei lá, para mim dá a impressão que estou inutilizado para toda a vida, será, não será?”. (...) “Eu estou a ver o meu mundo que, estou inutilizado se calhar para toda a vida, não sei, é só isso”. (E17-UCCANE4)</i> <i>“Às escuras. Pois os nossos amigos já aqui vieram algumas vezes, os nossos amigos de Leiria que eu estive lá 15 anos, vieram aqui de propósito para me ver e eu sinto-me uma inválida, não sou como elas. (E18-UCCANE5)</i> <i>“Muito. O que vale é que não foi assim tão como alguns que ficaram paralisados, eu ainda estou um bocado, mas não era aquilo que</i></p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <p><i>alguns que eu conheço que estão impossibilitados". (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>"Não vejo futuro nenhum. O meu futuro vou olhando que me vai chegando o dinheirito do meu marido, para esta miséria". (E8-UMDARGE2)</i></p> <p><i>"Gostava de voltar para baixo já boa, para andar e para trabalhar e para fazer a minha vida tranquila, isso é que era bom, mas não se pode, não se pode, paciência. Há-de ser como Deus quiser". (E12-ULDARGE1)</i></p> <p><i>"... eu senti que era um corpo limitadíssimo, (...) tinha consciência que estava limitado". (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>"Porque não me acho como era". (...) "Pois, mas como é que eu hei-de dizer, não tenho paciência para me estar a arranjar, para me pôr como eu queria". (...) "Eu acho na mesma, mesmo há pessoas, com AVC que dizem assim "estás linda na mesma", que eu era perfeita, às vezes é para me animarem. Tenho uma neta que diz assim, ela é linda "ai avó, se eu fosse linda como tu não me faltava casamentos e a avó casou com 32 anos, com um homem viúvo com 4 filhos", e casei bem, felizmente". (...) "Eu acho-me na mesma". (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p><i>"Mas eu não me julgava idoso, pois se não fosse isto, podia chegar aos 80 ou aos 90 como o meu tio chegou, a minha avó morreu com 100 anos, cento e quatro...". (E3-UMDFMPE1)</i></p> <p><i>"Não, não me considero velha. Olhe que o professor costuma-me dizer que ainda havemos de ir até ao 4º andar a andar e eu digo, "Ó Sr. professor eu se ainda fosse jovem até ia até ao 7º". (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p><i>"Ainda não. Eu tenho 76 anos, já tive menos". (...) "Uma pessoa idosa, é só dos 80 anos para cima". (...) "Porque ainda tenho só 76 anos, há outros que têm até 90. Agora morreu um rapaz sábado lá na minha terra, rapaz não, homem, esse já tinha 85, esse já é ...". (E16-UMDADFPE2)</i></p> <p><i>"Ainda não é de mais, mas está-se a chegar". (E17-UCCANE4)</i></p> <p><i>"...eu estou ainda limitado mas estou a vencer as limitações e portanto sinto-me pessoa". (...) "Eu sei é estar no mundo e olhar para mim interiormente, com a vida que eu tenho, continuar a reflectir é procurar a consciência da minha vida, como é que eu estou mas aceitar normalmente o que me aconteceu e que hei-de ultrapassar e se não ultrapassar paciência, sou sempre a mesma pessoa." (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>"Penso que nesse aspecto não alterou em nada muito. Eu sou a mesma pessoa, tenho consciência que não estou a 100%, devo estar para aí 80%... a 70% se estiver, mas não me considero diminuído, diminuído psicologicamente". (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>"Sim, reconheço as minhas fraquezas e também daqueles que me rodeiam e portanto não sou pessoa de ficar a perder tempo com as faltas, resolvo e passo à frente". (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>"Agora não é nada, não sou ninguém, não posso nada, pronto." (E14-UMDARGE4)</i></p> <p><i>"Uma mulher que não presta." (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p><i>"Porque não posso, não sou nada, faz de conta que já sou só lixo". (E4-UCCANE1)</i></p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <p><i>“É como eu digo, era um bocadinho vaidosa, agora não tenho nada disso. Eu era uma pessoa que ia todos os 15 dias ao cabeleireiro, até isso eu deixei, era o cabeleireiro que me ia buscar a casa. Eu agora até cortei o cabelo, mais, que era para ter mais facilidade para os banhos, eu era uma pessoa que gostava de andar muito bem arranjada, ia à rua. Eu tenho uma parceira que dizia para o filho “a tua sogra, até parece que nem um bocado de pó cai em cima dela”, tinha vaidade e agora olhe”. (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p><i>“Transformado em nada. Agora já estou a ficar melhor, mas de princípio não era nada, nem sentia nada, parecia que eu nem estava no mundo. Parecia eu que nem sentia a minha cabeça que estava fora do corpo, que não estava assim na minha mente, tinha assim uma coisa esquisita. Pensava assim, parece que tenho aqui o corpo e a cabeça parece que estava pendurada assim em cima, não tinha aquela reacção não tinha nada, coisas tão esquisitas que a gente nem sabe”. (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p><i>“Que já não sou o mesmo homem”. (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>“... sinto dentro da minha vida e do meu estatuto eu volto outra vez a fazer as coisas com naturalidade. Acho que recuperei”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Porque, eu sem a perna e sem o braço, não me sinto bem”. (E2-UMDARGE1)</i></p> <p><i>“Porque não posso, não sou nada, faz de conta que já sou só lixo”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“Sim, parece que me esquecia de tudo, parece que não fazia gosto nas coisas, e pensava nas coisas mas ao mesmo tempo parece que me fugia da ideia, não ter aquele gosto para fazer certas coisas nem nada, parece que me fugia essa coisa que a gente às vezes tem, assim alegria ou em assim coiso assim por uma coisa qualquer que a gente faz e eu não, perdia a ideia disso tudo. Como eu tenho muita planta e assim olhava para as plantas e dizia assim, não me apetece, deixa estar e não tinha o gosto de fazer as coisas, isso já eu noto, também à um tempito atrás. (...) Pensava nisto e pensava naquilo e só se de todo eu não pudesse, que eu desse meios para essas coisas para serem feitas. Fiz a minha casa e eu dizia ao meu homem “fazemos assim e fazemos assado”, sempre com aquela alegria, mas há tempos perdi essa ideia toda, tanto me dava que estivesse assim como se estivesse assado, não tinha aquele gosto, não sei. (...) Parece que não tinha gosto em nada. (...) Não sei, parece que não me dava para fazer assim essas coisas. Antes tinha aquele gosto, fazer isto e fazia aquilo e agora não, já há um tempo para cá fazer isto ou fazer aquilo mas para quê? Isto para mim já chega, para a gente já chega. Mesmo às vezes o meu homem dizia qualquer coisa, ou vai-se fazer isto, ou aquilo, ou umas obras, ou assim “deixa estar que para a gente já chega”, não tinha aquele coiso, como tinha antes”. (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agora sinto que estou a melhorar a minha situação de saúde. - Sinto-me feliz por ter esperança de conseguir andar pelos próprios meios. - Sinto ter possibilidades na recuperação da minha situação de saúde. - Sei que os amigos me apoiam mesmo estando doente – Amizade - Mantive sempre a boa disposição durante o processo de reabilitação. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sinto que tenho suficiente auto-estima - Sinto-me desanimado(a) comigo próprio(a). - Sinto-me sem Esperança quanto ao futuro. - Sinto-me aborrecido(a) comigo próprio(a), por não conseguir fazer as coisas que fazia anteriormente. - Sinto uma infelicidade muito grande quanto à minha situação actual de saúde. - Sinto-me insatisfeito(a) com a minha condição de saúde. - Sinto falta de confiança quanto à minha recuperação. - Sinto-me triste por não ser capaz de executar as actividades que fazia anteriormente. - Sinto-me triste pela idade que tenho. - Sinto que a minha vida é triste. - Sinto-me abatido(a). - Sinto pena de mim própria se não conseguir andar. - Sinto-me triste quando me comparo com os outros que andam. - Sinto-me triste por não ser capaz de realizar as actividades de que era responsável. - Sinto-me melhor em casa mas vivo triste. - Sinto-me triste por estar dependente dos outros. - Sinto-me triste por estar a dar trabalho à família. - Sinto-me triste por a minha vida se ter transformado e não ser capaz de fazer as coisas que fazia anteriormente. - Sinto-me triste por ser um peso para a minha família. - Sinto-me triste por não poder ajudar os outros. - Sinto-me triste por querer mexer-me e não poder. - Sinto-me triste por deixar de realizar os projectos que tinha para a minha vida. - Sinto que não sou velho mas estou destroçado(a). - Não me convenço que vou ficar bom(a). - Confio pouco nas minhas capacidades. - Sinto medo de ficar como estou. - Sinto que os outros me vêem de maneira diferente. - Sinto que o mundo não presta, tem mais coisas más do que coisas boas. - Sinto-me culpado(a) pela situação actual. - Sinto falta de pessoas significativas para me ajudarem. - Tinha projectos de vida que agora não posso concretizar. - Sinto-me uma Pessoa Válida. - Considero-me uma pessoa com valor. - Sinto que tenho a minha vida a andar para trás. - Sinto-me triste por não ser capaz de assumir as responsabilidades das tarefas do dia-a-dia. - Sinto ser um peso para a Família. - Tenho cada vez mais preocupação com as minhas capacidades motoras. - Sinto que estou inutilizado/a para toda a vida. - Sinto falta de confiança no futuro. - Andar é actualmente o meu maior desejo. - Sinto que a minha aparência física não se alterou. - Não me considero uma pessoa velha / idosa. - Sinto-me Pessoa mesmo com as limitações que tenho. - Não me considero diminuído psicologicamente pelas limitações que tenho. - Sinto motivos de satisfação mesmo tendo as limitações que tenho. - Reconheço as minhas fraquezas. - Não estou sempre a pensar nas minhas fraquezas. - Sinto-me confiante no dia-a-dia. - Considero-me uma pessoa com valor. - Sinto-me igual, em relação aos outros. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>Categoria Percepção do Estado de Saúde</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sinto que o meu corpo continua aquilo que era. - Continuo a ser, o/a mesmo Homem / Mulher. - Não me sinto dependente dos outros. - Sinto que vou voltar a ser aquilo que era. - Sinto-me bem comigo próprio (a). - Prefiro estar sozinho(a) do que estar acompanhado(a). - Sinto falta de interesse pelo que me rodeia. - Sinto medo quando penso no futuro. - Fico agitado(a) quando penso no futuro. |
| <p>Categoria Percepção da relação com os Outros</p> | <p style="text-align: center;">Excertos das Entrevistas</p> <p><i>“... não sendo adepto assim da compaixão, de, digamos de como é que chamam, ... , eu não sou adepto disso, mas evidentemente que aceitei tudo o que me estavam a dar, apoio, o carinho que me estavam a dar, reconheço mas como pessoa ninguém pode olhar para mim e dizer “coitadinho não pode fazer nada”; (...) “... como é que as pessoas me respeitam tão bem, como é que não incomoda, muito pelo contrário, pedem para ir devagarinho, para ter calma e as ajudas que eu tive e continuo a ter”. (...) “O que eu tinha de fazer de secretariado, digamos não apenas físico mas também moral, espiritual, ajudas de compreensão, não tenho razões de queixa. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Procuro naturalmente descansar e também se encontro uns amigos, amigos mais próximos, mais disponíveis, quando tenho o prazer de ter o prazer do convívio, sei lá, domingo à noite ou assim, eventualmente estou sempre aberto a estar com um amigo e com outro, não fujo ao convívio e é assim que se consegue empregar o tempo livre que nós temos, quer dizer procuro empregá-lo de maneira a que eu chegue à noite e ter de dizer “afinal estiveste ali e podias empregar o tempo de outra maneira”, não eu procuro aproveitar o tempo. Por isso é que eu digo que estou sempre de serviço”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“... os meus amigos por aqui, os meus paroquianos, esse meus amigos todos eles, de facto, naturalmente uns mais que outros, tiveram uma presença extraordinária, no hospital, a telefonar todos os dias, quer dizer, manifestaram e de que maneira a sua apreensão e também a sua amizade”. (...) “... as pessoas também não deram essa oportunidade, trataram-se sempre com estima, muita estima, elas admiraram-se de eu já estar ao serviço, era melhor não estar mas eu decidi estar”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Trabalhava, fazia serviços meus e para os outros”. (...) “Em pintura. Fazia para os vizinhos”. (...) “Fazia agricultura lá do quintal, para mim e para os vizinhos e agora não faço e isso custa-me. Às vezes...”. (E6-UMDFMPE3)</i></p> <p><i>“Tenho vivido, como posso. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“Precisava agora de um bocadinho de estimação”. (...) “Tem de ser respeitado”. (...) “Que deve ser estimada e ajudada no que precisar”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sempre aceitei bem todo o apoio que me deram as pessoas que me rodeiam. - Actualmente aceito bem todo o apoio que me dão as pessoas que me rodeiam. - O relacionamento com os que me rodeiam depende do presente. - Procuro estar com os amigos para me divertir. |

| | |
|---|---|
| <p>Categoria Percepção da relação com os Outros</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sinto que sou capaz de manter as responsabilidades da minha vida do dia-a-dia. - Sinto que tenho pessoas que me admiram. - Apesar das dificuldades físicas, continuo a gostar de me relacionar com as pessoas conhecidas. - Sinto que continuo a ser útil aos outros. - Tenho vivido, na medida das minhas possibilidades. - Comparo-me com outros iguais no processo de reabilitação. - Sinto que sou mais estimado (a) após o AVC. |
| <p>Categoria Sentido de Autonomia</p> | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p><i>“... as pessoas também não deram essa oportunidade, trataram-se sempre com estima, muita estima, elas admiraram-se de eu já estar ao serviço, era melhor não estar mas eu decidi estar”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Não, não considero. (...) Porque não sou idosa, porque tenho as coisas...”. (E9-UMDARGE3)</i></p> <p><i>“Não ligo não, quer dizer, sei que sou idosa, mas não me ponho triste por ser idosa, tenho a minha cabecinha a funcionar”. (E12-ULDARGE1)</i></p> <p><i>“Queria andar com a minha vida e não posso”. (E13-UCFMPE1)</i></p> <p><i>“... sinto dentro da minha vida e do meu estatuto eu volto outra vez a fazer as coisas com naturalidade. Acho que recuperei”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sou capaz de alcançar algumas coisas apesar da visão fraca. - Sinto que já consigo adquirir o domínio de actividades do dia-a-dia. - Posso tomar decisões por mim próprio. - Sinto confiança para controlar a minha vida. - Sinto que vou voltar a ser aquilo que era. - Sinto que faço novamente as actividades que desempenhava anteriormente no dia-a-dia com naturalidade. - Penso em recuperar o lado afectado para poder assumir as responsabilidades de realizar tarefas. |
| <p>Categoria Perspectivas Futuras</p> | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p><i>“Tinha, poder ver a minha família bem. Estive mal tratada pelo meu marido, ele morreu em Agosto”. (...) “Os meus netos, a comida que a avó fazia ainda que não valesse de nada era sempre ótima para eles, tinha uns netos muito queridos, só o meu marido é que não, porque era muito bêbado”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“A minha aspiração e já há muito tempo tive outras oportunidades mas não quis, a minha aspiração é estar nas paróquias, paroquiar de acordo com a minha fé e de acordo com o meu estilo, que cada um tem o seu estilo.” (...) “... vim fui ordenado à 21 anos, conheço este mundo muito bem ou tento conhecer agora mais depressa mas eu procuro perceber um bocadinho de todas as coisas, não tenho complexo, e realmente o projecto que eu tenho é este; é estar cada dia melhor para realizar este projecto que eu iniciei, eu já iniciei há muitos anos e estou a concretizá-lo, a vivê-lo aqui em Poiares como irei continuar a viver noutro lado se mandarem, mas quer dizer eu não tenho mais nenhuma ambição para lá disto, mais nenhuma”.</i></p> |

| | |
|---|--|
| <p>Categoria Perspectivas Futuras</p> | <p>(E1-ULDPOIE1)</p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinto que continuarei a ser necessário/a na vida dos membros da minha família. - Preocupo-me em ver a família continuar bem. - Penso ainda realizar os projectos que tinha para a minha vida. - Tenho projectos para o futuro. |
| <p>Categoria Mudança pessoal</p> | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p><i>“... humaniza-nos muito, aliás, estar no hospital também é um ganho para nós, mostra-nos a outra realidade da vida. (...) estas experiências humanizaram-me bastante, acho que a parte melhor que eu podia ter foi esta. (...) o hospital está para trás mas de qualquer modo eu continuo a ver que foi para mim uma graça eu ter ido para o hospital (...) porque não tinha onde me agarrar ensarilhei-me quando ia tirar a roupa e caí, mas não chamei ninguém, levantei-me outra vez e comecei a tomar banho e tal e as pessoas cá em baixo deram conta que eu tinha caído. Foi bastante imprudência e depois deixei que me ajudassem a tomar banho (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“... não gosto de passar pelas coisas sem as perceber”. (...) “Quando andamos cá fora e não temos barreiras tudo bem, quando chegamos ali afinal vemos que estamos doentes e depois começamos a pensar nos outros que lá estão também, e nos muitos que estão cá fora”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Responsabilidade não me retirou nenhuma, nem eu podia admitir isso, pelo contrário, humanizaram-me para a relação cada vez mais aprofundada que eu faço com os outros e comigo mesmo. Temos que aprender a acolher-nos, eu procuro acolher-me a mim mesmo com aquilo que eu sou, como é que eu estou, acolher-me positivamente sem ficar desanimado num canto e é essa a mensagem, é isso que eu tento transmitir aos outros também, procuro transmitir sem esforço nenhum, isso é normal, procuro ser normal”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A experiência de ser doente fez-me pensar mais em mim - A experiência de ser doente tem-me ajudado a perceber melhor a importância da saúde - Cresci do ponto de vista pessoal com a minha situação de saúde |

Quadro 6 - Excertos e itens do Domínio Espiritual

| Domínio Espiritual | |
|-------------------------|--|
| Categoria Religiosidade | Excertos das Entrevistas |
| | <i>“Quando eu sair do Hospital que eu possa vou logo à Cova da Iria visitar N^a Sr.^a. Até que pude ir a pé, que eu ia sempre a pé, depois ia em excursões, agora já nem assim ia. Ainda espero que lá vá”.</i> (E4-UCCANE1) |
| | <i>“Eu ia para as Irmãzinhas. (...) Ajudava a fazer costura. (...) Além da costura, ia-mos à missa”.</i> (E5-UMDFMPE2) |
| | <i>“Tenho lá também uma igreja pegada à casa, mas não é por lá ter a igreja, é porque os meus pais me educaram a isso, tanto valia a igreja estar longe ou estar perto. Eles educaram-me, a mim e aos meus irmãos, a irmos à missa ao Domingo, das 11 à 13h, nós vamos lá todos os Domingos. Eu sou muito religioso, muito crente. Deus Nosso Sr. Jesus Cristo nos acompanhe, Deus há só um”. (...)</i> |
| | <i>“Vou à missa e rezo com atenção”.</i> (E11-UCCANE3) |
| | <i>“Olhe ao domingo ia à missa, como lá nas nossas terras é usual.”</i> (E17-UCCANE4) |
| | <i>“Ia à oração e punha-me a fazer malha ou renda”.</i> (E20-UMDFMPE5) |
| | <i>“Tinha aquela coisa que gostava de ir á missa”.</i> (E22-UMDCRCE2) |
| | <i>“Tenho fé em Deus, acredito sim, Deus há só um, tenho muita fé, muita crença”.</i> (E11-UCCANE3) |
| | <i>“O meu futuro, vejo que não há outro fim se calhar, o meu futuro é se calhar ir para onde eu estiver destinado, Deus também é que sabe, há uns que não acreditam. (...) “Eu acredito em Deus”.</i> (E17-UCCANE4) |
| | <i>“Eu estou, mas Deus Nosso Senhor podia ajudar-me mais. Eu todos os dias lhe peço a Ele e a N^a Sr.^a de Fátima que me ajudem”.</i> (E5-UMDFMPE2) |
| | <i>“Era eu ter saúde e que Deus me ajudasse na minha vida”.</i> (E22-UMDCRCE2) |
| | <i>“O que eu tenho pensado e tenho sentido, olhe tudo, penso tudo, mas Deus Nosso Senhor é que sabe. (...) O que é que eu hei-de pensar? Pensar em Deus, que me curasse, é o que eu penso, em Deus Nosso Senhor”. (...)</i> “Significa que Deus é que mandou, Deus é que mandou ter isto. Eu, não sei se era merecedora se não, mas julgo que não era merecedora, mas Deus quis assim o que é que eu hei-de fazer. Deus é meu amigo”. (...) “Que remédio eu tenho se não estar satisfeita com a minha vida, pois se Deus assim quis”. (E7-UMDADFPE1) |
| | <i>“Representam que ficaria assim ou não ficaria? Deus é que sabe, (...) Representa que ficarei ou não ficarei? Deus é quem sabe”.</i> (E12-ULDARGE1) |
| | <i>“Não sei como vai ser, só Deus sabe”.</i> (E21-UMDCRCE1) |
| | <i>“A Deus? Penso que Deus também nos pode ajudar. Se Deus não nos ajudar então a gente ainda pode menos, se não tiver confiança em Deus, ainda nos sentimos pior. A gente tem de ter fé em alguma coisa e ter sempre aquela esperança de que Deus ainda pode reanimar a gente”.</i> (E22-UMDCRCE2) |
| | <i>“Toda a vida gostei do Senhor; Nosso Senhor é meu amigo do coração, mas levou-me quem eu gostava, o meu marido, a minha rica filhinha com 19 anos, tudo isso são desgostos para a minha casa, e para a minha cabeça”.</i> (E7-UMDADFPE1) |
| | |
| | |
| | |

| | |
|---------------------------------------|---|
| <p>Categoria Religiosidade</p> | <p><i>“Também eu, também eu tinha fé na Nossa Sr.^a da Saúde, ia lá levar uma esmola quando daqui saísse ir lá com a minha mão e por lá a esmola, agora já vejo a mão que não a abro, não a fecho”. (Choro) (E8-UMDARGE2)</i></p> <p><i>“O mundo vejo-o conforme Deus quer, mas não sei explicar. (...) Vejo o mundo, porque Deus me dá o poder para ver, para proteger também os meus amigos e as minhas amigas, não tenho mais nada”. (E7-UMDADFPE1)</i></p> <p><i>“Esta comunhão com o mundo, eu sou com o mundo, o mundo é comigo, quer dizer não é de muita divisão não é, porque sempre funcionei com uma atitude de muita seriedade, de muita fidelidade ao mundo, a minha fidelidade a Deus e ao mundo é autêntica, portanto não preciso de dizer “não vá eu puder”, não digo isso, cada dia é um dia e cada hora é uma hora eu procuro é ganhar terreno, luto sempre, mas digamos não me encontro com essa preocupação eu, nesta data, mesmo a Sr.^a a chorar porque eu agora estou doente, não, eu não sei o que é isso de chorar”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>- Sou. Sem ele não há nada, não há nada. Com Deus tudo, sem Deus não há nada. (...) (E20-UMDFMPE5)</i></p> <p><i>“Olhe, é como Deus sabe. (...) Ao longo do dia, estou na cadeira e estou a pensar coisas que Nosso Senhor me deu (...) “Penso o bem e não penso o mal. Penso que Deus me ajude e me conforte pela sua infinita Misericórdia. “Jesus, acode por amor de Deus”, é o que eu digo. (E7-UMDADFPE1)</i></p> <p><i>“Porque Deus quer, Deus quer assim, mas Deus é bom. Que Deus morreu por nós. E fazia tudo quanto queriam para nos salvar e nós somos mal-agraçados. Deus é nossa protecção, que nos acompanha e nos guarde e nos guie para todo o bem”. (E7-UMDADFPE1)</i></p> <p><i>“Espero, se eu melhorar alguma coisa, nem que seja pouco. Ainda lá hei-de ir agradecer a N^aSr^a”. (...) “Tenho, sou católica. Já tenho promessas prometidas a Santos da minha devoção mas se calhar não sou merecedora, não sei”. (...) “A Nossa Sr.^a de Fátima e a St^a Maria Madalena que e a padroeira da minha terra”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participar em actividades religiosas ajuda-me a dar sentido à minha vida - Tenho Fé - Acredito no poder divino - Peço diariamente apoio do poder divino - Tenho procurado o Amor/Protecção de Deus (N^o Senhor) - Tenho procurado em Deus força/apoio para resolver os meus problemas - Sinto que Deus é meu amigo mas recebi pouco apoio /protecção - Penso que Deus é que é responsável pela minha situação de saúde - Penso que Deus é que é responsável e pode ajudar na cura da minha situação de saúde - Questiono a falta de apoio/protecção de Deus na minha situação |
|---------------------------------------|---|

| | |
|---|---|
| <p>Categoria Religiosidade</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Deus é meu amigo, sinto o seu amor/protecção - Encontro satisfação ao pensar em Deus - Peço a Deus que me liberte dos meus pensamentos negativos - Procuro a Misericórdia de Deus - Procuro em Deus conforto para a minha situação de saúde - Ter confiança em Deus faz-me sentir bem - Ter Fé em Deus faz-me ter esperança na recuperação - Esforço-me para viver a minha vida de acordo com as minhas crenças religiosas |
| <p>Categoria Positividade do Sentido de Vida</p> | <p style="text-align: center;">Excertos das Entrevistas</p> <p><i>“Parece que o vejo cada vez pior. Só pedia a Deus que me deixasse ficar independente dos filhos para os filhos tratarem da vida deles e eu tratar da minha, para ao menos tratar do meu homem. É isso que eu pedia a Deus e é isso que eu vejo mais de resto já não me importa nada com o mundo”. (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p><i>“O meu futuro, vejo que não há outro fim se calhar, o meu futuro é se calhar ir para onde eu estiver destinado, Deus também é que sabe, há uns que não acreditam. (...) “Eu acredito em Deus”. (E17-UCCANE4)</i></p> <p><i>“Encontro o sentido que encontrava, é a mesma coisa, espero é poder realizá-lo melhor. O meu sentido de vida digamos que é isso mesmo, o sentido da vida que eu tinha continuo a tê-lo e a tentar ajudar os outros a encontrar também o sentido para as suas vidas que será certamente diferente”. (...) “Esta comunhão com o mundo, eu sou com o mundo, o mundo é comigo, quer dizer não é de muita divisão não é, porque sempre funcionei com uma atitude de muita seriedade, de muita fidelidade ao mundo, a minha fidelidade a Deus e ao mundo é autêntica, portanto não preciso de dizer “não vá eu puder”, não digo isso, cada dia é um dia e cada hora é uma hora eu procuro é ganhar terreno, luto sempre, mas digamos não me encontro com essa preocupação eu, nesta data, mesmo a Sr.^a a chorar porque eu agora estou doente, não, eu não sei o que é isso de chorar”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“... custou a ultrapassar e a fazer um esforço grande aliás como é próprio do meu estilo, é tentar ultrapassar as dificuldades para aquilo que nós dizemos aos outros seja verdade em nós. Tenho uma citação comigo que diz assim “não digas aos outros aquilo que não és capaz de experimentar em ti”. (...) “... e eu punha-me a pensar, e estou a recordar-me muito bem dum tema que eu quis pensar porque estava ali, toda a gente pensava se calhar que eu já não saí cá para fora e eu sentia-me...nunca acreditei que ficava lá, (...) “vá, agora tenho vagar, vou pensar sobre a morte, como é que uma pessoa morre?” (...) “... depois fui pensando, sei lá, desde as portas que se vão fechando, que a gente chega ao seminário e depois quando nos vão fechando as portas, vão-nos tirando, quase como na tropa que nos vão tirando do meio do mundo, estamos no mundo mas é como se cá não estivéssemos, (...) bem depois eu fiz aquela reflexão bem agora morrer também já me desligaram de tantas coisas e agora esta foi a última, quando entrei aqui mandaram-me pensar só em mim e desligar do mundo lá fora agora morrer também já é apenas um passo. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Eu procuro, já não acredito no passado, não ligo nada ao passado,</i></p> |

| | |
|---|---|
| <p>Categoria Positividade do Sentido de Vida</p> | <p><i>nem pouco nem muito, o passado já não existe, o futuro não sei se vai existir, o presente, procuro fazer o melhor que sei e sou capaz naquele momento, naturalmente, todos nós temos as nossas referências, não podemos ignorar o nosso curso, a vida que nós fizemos, mas isso para mim já não pesa assim tanto”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“... a pessoa que está à minha frente que se calhar não são os mesmos de ontem, pensam de maneira diferente e eu tento responder quando me dirijo às pessoas, não com o passado mas com o presente”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Não, vou vivendo o dia-a-dia conforme Nosso Senhor mo dá e eu vou vivendo como posso”. (E20-UMDFMPE5)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acredito que existe uma força espiritual superior - Acredito no meu destino - Sinto-me satisfeito/a com a vida - Consigo dar sentido á minha vida - Participar em actividades espirituais ajuda-me a dar sentido à minha vida - Tentei ultrapassar as dificuldades com o que mais me identificava espiritualmente - Vivo o meu dia-a-dia sem pensar no passado - Vivo o meu dia-a-dia sem pensar no futuro - Sinto que vale a pena viver um dia de cada vez - A minha vida foi útil |
| <p>Categoria Consciência de si enquanto SER finito – - Finitude</p> | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p><i>“Eu não acho nada, bem, antes queria ter morrido em pequenina”. (...) Nem todas as pessoas lá chegam e era o que me devia ter acontecido a mim, estava mais feliz, evitava ter passado tanto coisa má como tenho passado”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“A estorvar, e digo estorvar, porque, eu estava melhor se eu tivesse morrido”. (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>“Só queria morrer, se eu morro logo quando me deu em casa que não telefonasse ao meu filho e dessem lá comigo morta era o que eu desejava. (...) Porque eu sofro muito. (...) Cada vez pior, só queria era morrer”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“É morrer em pequenino, que evitava passar tanta coisa má como passei na vida”. (...) “Era ter uma estimação, agora na velhice, carinho, era o que eu precisava”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“Muita coisa, olhe tenho, penso até de me liquidar, de morrer. Eu em Coimbra estava mesmo variado da cabeça a começar a ver a perna parada e o braço a não mexer eu antes queria morrer do que estar aqui”. (E2-UMDARGE1)</i></p> <p><i>“Tenho pensado tanta coisa, em minha casa já pensei fazer umas poucas de tolices. Se não fossem os meus filhos e os meus netos eu já aqui não estava, já estava debaixo da terra (Choro). (...) Tenho pensado é jogar-me pelo rio a baixo”. (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p><i>“Olhe, aqui há tempos estava tão desorientada que me apeteceu deitar-me duma escada abaixo”. (E15-UMDFMPE4)</i></p> |

| | |
|--|--|
| <p>Categoria Consciência de si enquanto SER finito – - Finitude</p> | <p><i>“Que Deus me desse a morte”. (Choro) (E8-UMDARGE2)</i> <i>“Tenho pensado muita coisa. Se eu nunca mais tornar a tratar da minha vida, não sei o que é que vale mais, se vale mais a gente viver ou N° Sr. nos levar ou menos ficamos arrumadas, não demos mais trabalho a ninguém”. (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p><i>“O meu mundo, vejo-o curto porque, dum momento para o outro pode acabar”. (...) “É morrer, é isso, custa”. (E6-UMDFMPE3)</i> <i>“Para acabar comigo”. (...) “Porque acho que isto não é viver, porque acho que a gente doente, não é viver”. (E15-UMDFMPE4)</i> <i>“Vejo o mundo assim já a fugir”. (...) “Quer dizer que o meu tempo está no fim, o Sr. não acha”. (E18-UCCANE5)</i></p> <p><i>“Penso, a vida para mim, para a minha mulher e para os meus filhos, mais de resto se vier de um momento para o outro que eu acabe, acabei”. (E6-UMDFMPE3)</i> <i>“Olhe as minhas filhas, queriam-me levar para casa delas mas eu não quero, quero morrer na minha casa”.(E15-UMDFMPE4)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penso muitas vezes que seria melhor morrer - Antes queria morrer - Sinto que precisava de ser estimado(a) agora na velhice - Tenho pedido várias vezes para me porem fim à vida - Tenho pedido várias vezes para morrer - Penso muitas vezes em pôr fim à vida - Peço muitas vezes a Deus que me dê a Morte - Considero que a situação em que me encontro não é viver - Gostava de morrer em minha casa |
|--|--|

Quadro 7 - Excertos e itens do Domínio Social

| | Domínio Social |
|-----------------------------|---|
| Categoria Status /Papéis | Excertos das Entrevistas |
| | <p><i>“Tinha a responsabilidade de tudo”. (...) “Da minha vida toda”. (...) “Porque eu fiz uma casinha fraca, uma barraquinha mas eu é que tive de mandar fazer tudo. Só eu. Chegava à noite ia escrever tudo o que tinha para pagar e a quantas pessoas. Eu é que tinha a responsabilidade toda”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“Eu estive a trabalhar na pastelaria Briosa na portagem, estive lá 23 anos a trabalhar, agora já é de outros patrões, e antes de estar na pastelaria era costureira de alfaiate, fazia calças”. (...) “Estava a empregada na pastelaria e depois trabalhava à máquina, fazia as calças e ajudava o meu irmão nos casacos, fazia serões até às quinhentas e agora não faço nada”. (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p><i>“AH, pois com certeza, alterou e muito”. (E12-ULDARGE1)</i></p> <p><i>“Dizem que eu trabalhei muito mas o trabalho não mata ninguém, “tu foste uma galega”, mas o trabalho não mata ninguém. A gente com saúde...”. (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p><i>“Agora a minha filha, acha bem por vontade o que é que há-de fazer, eu não me esqueci de nada, a pagar isto, a pagar aquilo”. (E3-UMDFMPE1)</i></p> <p><i>“Não, acabei logo, que a minha filha não quis. (...) Era ter o comer feito a horas para eles, ir à rua fazer compras, quando queriam alguma coisa de costura se me pedissem eu queria fazer, deixei essas responsabilidades todas”. (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p><i>“Estava acostumada a eu a por tudo em casa, a fazer os pagamentos, fazia tudo ela só trabalhava”. (...) “Fazia a vidinha toda de casa, punha tudo em ordem, fazia os pagamentos, fazia...ia buscar os miúdos à escola e agora não”. (...) “Gostava, gostava. Vamos a ver se eu ficar a andar se vou outra vez buscá-los à escola e por...”. (E3-UMDFMPE1)</i></p> <p><i>“Tinha os meus filhos ao meu encargo, tinha que trabalhar para eles e chegava muitas vezes às tantas a casa e eles ficavam sozinhos. Eles foram criados nas Irmãzinhas na creche, lá na Sé Velha”. (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p><i>“Tinha poucas responsabilidades. Trabalhava na fazendazita, tinha aquele coisito de reforma e andava por lá”. (E16-UMDADFPE2)</i></p> <p><i>“Muita coisa, preocupado, de não poder fazer nada, o que é que há-de ser de mim, não posso trabalhar (...) Preocupado e muito pensativo, pensativo”. (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>“Olhe, que sou um miserável que aqui ando, queria trabalhar e não posso. (...) Tenho pensado que sou um miserável, que queria trabalhar e não posso”. (E16-UMDADFPE2)</i></p> <p><i>“... vim fui ordenado à 21 anos, conheço este mundo muito bem ou tento conhecer agora mais depressa mas eu procuro perceber um bocadinho de todas as coisas, não tenho complexo, e realmente o projecto que eu tenho é este; é estar cada dia melhor para realizar este projecto que eu iniciei, eu já iniciei há muitos anos e estou a concretizá-lo, a vivê-lo aqui em Poiares como irei continuar a viver noutro lado se mandarem, mas quer dizer eu não tenho mais nenhuma ambição para lá disto, mais nenhuma”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Eu digo a mesma coisa, a estar habituado de pequenino ao campo, era ir para o campo outra vez, a trabalhar com os bois ou com o tractor ou podar, ou limpar, ou amanho as videiras ou as</i></p> |

| | |
|--|---|
| <p>Categoria Status /Papéis</p> | <p><i>couves, isso queria". (...) "Era andar no campo, do serviço no campo. Estou habituado a isso desde pequenino, desde criança era isso todos os dias; era de manhã para o campo e à noite para casa". (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>"Não faço aquilo que fazia na agricultura". (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>"O que é que há-de ser de mim daqui em diante, não posso trabalhar, não posso fazer nada, nem pouco, nem muito, nem pesado nem leve, e é assim". (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>"Eu tenho um sobrinho que tem 17 anos e fui sempre eu que o criei, que o vesti e o calcei e pu-lo a estudar e agora estou aqui parada e isso machuca-me muito. Ele não tem pai e a mãe é assim uma pessoa, como é que eu hei-de dizer, atrasadinha, não é uma pessoa que lave, que passe a ferro, que o zeze, nada dessas coisas. Eu é que fazia isso tudo, eu é que lhe pagava o passe para ele ir para a escola e tudo isso agora acabou". (...) "Pois é isso que me dá cuidado, porque estou parada, não o posso ajudar, parece que estou atada de pés e mãos". (E21-UMDCRCE1)</i></p> <p><i>"Pode parecer mal dizê-lo mas para além do que é normal no ministério acho que não tenho mais nenhuns outros interesses. Não tenho mais área nenhuma que me interesse." (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>"Às vezes era na costura lá em casa, agarrava-me à máquina a fazer isto ou aquilo, era o que eu fazia". (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p><i>"Não faço nada, não posso pegar na enxada, não posso pegar no sachão, era a minha profissão desde criança." (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>"Trabalhar". (E14-UMDARGE4)</i></p> <p><i>"Ajudar na agricultura, se não fosse o AVC, sempre tinha a minha profissão até poder, era tudo". (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>"Tinha sempre o tempo ocupado". (...) "Eu andava na terra com o meu marido no campo. Gostava muito de apanhar azeitona e vindimar, Gostava de fazer todo o trabalho, sentia-me muito alegre e feliz". (E20-UMDFMPE5)</i></p> <p><i>"Pois que agora não trabalho". (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p><i>"Tiveram implicação, que eu não trabalho, não posso fazer nada". (...) Pois, alterou". (E9-UMDARGE3)</i></p> <p><i>"Nada, eu não posso. (...) A velhice tudo traz. (...) Eu agora já não posso nada". (E14-UMDARGE4)</i></p> <p><i>"Sou uma inútil, que estou para aqui". (E20-UMDFMPE5)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ainda me sinto uma pessoa produtiva, no dia-a-dia - A minha família ainda me deixa fazer algumas actividades - Voltarei a ter, como tinha, a responsabilidade de tomar conta da casa, do lar e dos netos - Voltarei a ter, como tinha, a responsabilidade de trabalhar para o sustento da minha família - Voltarei a sentir-me útil por ser capaz de trabalhar - Continuo a ser capaz de realizar as actividades profissionais que realizava anteriormente - Continuo a ser capaz de Fazer as tarefas e as obrigações do dia-a-dia - Sinto-me incapaz de realizar as actividades profissionais sozinho |
|--|---|

| | |
|---|--|
| <p>Categoria Status /Papéis</p> | <p>(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinto pouco Interesse nas actividades que desempenho no dia-a-dia - Tenho dificuldade em fazer as coisas próprias da minha idade - Sinto-me inútil por não poder trabalhar |
| <p>Categoria</p> | <p>Relações de Proximidade</p> |
| <p>SubCategoria Percepção do Relacionamento Familiar</p> | <p>Excertos das Entrevistas</p> <p><i>“Era a minha família, o meu filho a minha nora e os meus netos, é o interesse maior que eu tenho, de os ver bem e de os ajudar se puder”. (E4-UCCANE1)</i></p> <p><i>“Ao Domingo descansava, fazia o comer e a seguir arrumava a cozinha e depois ia sentar-me um bocadinho. (...) Com os meus filhos as minhas filhas e com o meu marido”. (E12-ULDARGE1)</i></p> <p><i>“Eu gostava de ir beber a bica, gostava de ir a casa da filha e dos filhos, para ver os netos”. (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p><i>“Tratar do meu marido e agora fica sozinho, que hei-de eu fazer à minha vida. Entristece-me muito isso”. (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p><i>“Não, não mudou nada. Apenas está mais limitada da minha parte mas mantém-se na mesma coisa”. (...) “Penso que a família, eu não tenho cá família por perto e portanto quanto mais longe da vista, mais longe do coração, mas a família correspondeu de uma forma natural, manifestou preocupação, estão todos no Norte que quiseram cá vir e eu não deixei cá viesse ninguém, que não era necessário, eu estava a ser tratado, tinha cá gente para me tratar muito bem”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“São muito, muito meus amigos, eu não podia ter filhos melhores”. (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p><i>“Isto agora vai ver-se. Eu com a minha mulher estou bem e com os filhos também”. (...) “Acho que não, a relação é a mesma, eu com a minha família tratamo-nos como nos tratávamos”. (E6-UMDFMPE3)</i></p> <p><i>“Depois do AVC, dizia que ela é que tinha de tomar conta de mim, assim como ela tem ideia de tomar conta de mim”. (E7-UMDADFPE1)</i></p> <p><i>“Não, foi a mesma coisa”. (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>“... mas eu tive uma filha que tomou conta de mim, a minha filha mais velha gosta muito da mãe, coitadinha ainda cá esteve na semana passada e trouxe o pai e trouxe tudo, e agora não sei se vem esta semana ou não. Agora não tem carro, e as viagens também sabe Deus, coitadinha, vem quando ela pode. (...) “A minha família damo-nos à mesma, e os meus amigos também”. (E12-ULDARGE1)</i></p> <p><i>“A minha filha e a minha neta vêm cá todos os dias”. (E13-UCFMPE1)</i></p> <p><i>“Que remédio tenho eu, que remédio tenho eu. Tenho as filhas que me vêem ver, que é o essencial”. (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p><i>“Gostam de mim e eu vivo com ela. (...) Continua, quando eu for para casa, continua a ser a mesma coisa”. (E16-UMDADFPE2)</i></p> <p><i>“Não. É a mesma coisa, as relações com a família, eles gostam de mim, eu gosto deles, vêm-me visitar”. (...) “Manteve-se sempre na mesma, os filhos, a mulher, manteve-se na mesma”. (E17-UCCANE4)</i></p> <p><i>“Não, está tudo na mesma. (...) “É boa, é uma relação capaz”. (...) “Porque acho que é muito boa”. (E18-UCCANE5)</i></p> <p><i>“Não, não tiveram coisa nenhuma”. (...) “Não, a minha sobrinha trata-me muito bem”. (...) “Não, são iguais”. (...) “Estou porque tenho uma sobrinha que gosta muito de mim e trata-me muito bem”.</i></p> |

| | |
|---|--|
| <p>SubCategoria Percepção do Relacionamento Familiar</p> | <p>(...) “Trata-me na mesma como me tratava, ainda mais, porque, vem todos os dias ao hospital dar-me de comer”. (E20-UMDFMPE5)</p> <p>“Não, suponho que não. Além disso tenho uma irmã que também está no hospital lá em cima, e tenho também uma paixão que o meu neto vai-se embora para a Suíça, e eu era muito pegada a ele que eu é que o criei, e também tenho essa coisa dentro de mim, essa paixão que eu tenho, vamos lá ver como é que isto vai reagir”. (...) “É boa graças a Deus, nunca tive más relações com ninguém, tanto com os filhos, como com o marido, tanto com as pessoas ali minhas vizinhas, dou-me bem com toda a gente”. (E22-UMDCRCE2)</p> <p>“Agora as responsabilidades é que eu hei-de ter?” (...) “Agora as responsabilidades é pensar na família, porque precisam de mim, não precisam de mim (...) pensar nelas (...) e das minhas netas. (choro) (...) Gostava, mas duvido”. (Risos) (E17-UCCANE4)</p> <p>“Acho que sim, pois eu queria, mas não sei se vou”. (E21-UMDCRCE1)</p> <p>“Sim, deixei de ter. Agora a minha filha é que toma conta do pai e o meu filho e a minha vida está assim sem coisa nenhuma”. (E22-UMDCRCE2)</p> <p>“Não pensa nada, o que é que eles pensam, não pensam nada. Pensam em eu melhorar, era o que eles pensavam”. (E8-UMDARGE2)</p> <p>“Este braço é anda mais perro, agora este braço e a perna já mexo melhor; é preciso dar-lhe tempo”. (E11-UCCANE3)</p> <p>“A minha família pensa que isto vai recuperar tudo, mas os vizinhos, os amigos “ah, nunca mais volta”, vêem o caso que é, mas a minha família tem fé, a gente não sei, olhe é bom ter fé, a nossa fé, seja lá qual for”. (E17-UCCANE4)</p> <p>“Na minha vida, a mudança que houve (...) “é quase que a minha mulher sofrer mais que eu”. (...) o mais ela também andou desorientada”. (...) “Não coitados, são duas filhas que eu tenho, também sofreram com isto, também andaram doentes”. (...) “Até os netos sofreram com isto, eu ia levá-los à escola, ia buscá-los, para mim é tudo a sofrer com isto”. (E3-UMDFMPE1)</p> <p>“Sofro e faço sofrer, desta luta toda”. (E19-UCFMPE2)</p> <p>“A minha família está toda chateada com isto, aborrecidos, porque (...) agora vinha uma cunhada de França, podia ir até França, eu já lá fui 4 vezes, mas tenho sobrinhos lá e tudo e agora queriam que eu fosse lá passar uns dias, mas assim está difícil”. (E3-UMDFMPE1)</p> <p>“Traz, porque os meus filhos andam desanimados, não vêem melhoras nenhuma, não vêem nada, eles dizem-me que eu não colaboro com as pessoas, que não tenho vontade nenhuma de me curar é o que eles dizem para mim e fartam-se de chorar agarrados a mim e dizem “oh mãe não nos deixes que tu fazes-nos falta”. E depois tudo isto me custa”. (E5-UMDFMPE2)</p> <p>“Estão muito descontentes, muito tristes e a minha família também, os meus filhos e as minhas filhas coitadinhas e até o meu marido coitadinho, sei lá como é que ele por lá anda, aquilo com certeza nem come nem nada”. (E12-ULDARGE1)</p> <p>“Gostava de ir a casa deles, não quero que me vão buscar, porque não quero incomodar ninguém. A minha filha é que é muito teimosa e o meu genro, lá me vão buscar, vão-me levar. Ao domingo não</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>SubCategoria Percepção do Relacionamento Familiar</p> | <p><i>tenho almoço nem jantar e vou lá a casa deles almoçar e jantar, vêm-me buscar de manhã, a minha filha dá-me o banho e leva-me para baixo". (E15-UMDFMPE4)</i></p> <p><i>"Veio agora aqui uma prima minha que nunca cá tinha vindo e que veio cá à feira e é que cá veio. E veio cá uma cunhada que já não falava para mim, há 20 anos e mandou recado por um genro meu "Ó Vasco diz à tua sogra se eu a posso ir ver", " graças a Deus pode-me vir ver quem quiser, não faço mal a ninguém". (E8-UMDARGE2)</i></p> <p><i>"Estrangulada". (...) "Porque a minha filha e o meu genro o viúvo, já ficam ..." (...) "Que já não os posso ajudar". (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>"Veio sim senhor, porque coitados têm tanto que fazer e têm de deixar o trabalho deles para me vir ver". (E8-UMDARGE2)</i></p> <p><i>"Sei lá o que é que eles pensam, todos têm pena de mim. Mas da pena para o efeito, vai muito". (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p><i>"Não, havia de estar ao pé deles e não posso estar e também vão poucos amigos a casa". (E16-UMDADFPE2)</i></p> <p><i>"É eu estar assim e não poder estar ao pé da família, viver com a família à vontade com saúde e com um bocado mais de recuperação". (...) "Viver só pessoalmente, não era arranjar vida, (...) viver pessoalmente com a família". (...) "A maior dificuldade é não poder estar em casa ao pé da família, ao pé da minha mulher, era a minha ideia e era a minha vontade". (Choro) (E17-UCCANE4)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinto que já não poderei ser útil á minha família - Não consegui melhorar o meu ânimo, mesmo com a presença da família - Sinto que a família já não gosta de mim - Sinto que não se mantém a relação que eu tinha com a minha família - Sinto que não sou capaz de assumir as responsabilidades que tinha anteriormente - Sinto que a minha família não acredita na minha recuperação - Sinto-me só mesmo quando estou na presença de outras pessoas - Sinto que a minha família também sofre com a minha situação de saúde - Penso que a minha família está aborrecida pelo que me aconteceu - Custa-me ver a minha família desanimada pela minha situação de saúde - Sinto-me dependente da família - Resolvi uma situação de conflito com um familiar depois de ficar doente - Sinto-me triste por não poder ajudar a minha família - Sinto pena da minha família pelo que me aconteceu - Sinto que não posso estar em casa com a minha família |
|---|---|

| | Excertos das Entrevistas |
|--|--|
| <p>SubCategoria Percepção do Relacionamento com a Rede Social</p> | <p><i>“Alterou-se tudo”. (...) “Vêm, mas nunca mais é como era”. (...) “A minha vida, tornou-se muito feia”. (...) “Porque sim, tornou-se muito feia”. (E10-UCCANE2)</i></p> <p><i>“Tem vindo cá muita gente”. (Choro) (E13-UCFMPE1)</i></p> <p><i>“... os meus amigos por aqui, os meus paroquianos, esse meus amigos todos eles, de facto, naturalmente uns mais que outros, tiveram uma presença extraordinária, no hospital, a telefonar todos os dias, quer dizer, manifestaram e de que maneira a sua apreensão e também a sua amizade”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Todos os dias”. (...) “Os meus amigos também, não há amigo nenhum que não tenha vindo já visitar-me”. (E7-UMDADFPE1)</i></p> <p><i>“Gostava de estar com os amigos, de dar as minhas volta mais vezes como a gente fazia antes, fazer uns piqueniques, uns assados, assim por lá. Era o que eu gostava mais”. (E18-UCCANE5)</i></p> <p><i>“Não, eu apenas na comunidade estou no estado em que estou e também à medida que vou melhorando também a comunidade vai vendo”. (E1-ULDPOIE1)</i></p> <p><i>“Pensam o mal, pensam que eu também nunca me curo. Ainda agora daqui saiu uma que diz ela que já não tem fé, até aqui tinha fé mas agora já não tem”. (E8-UMDARGE2)</i></p> <p><i>“...mas os vizinhos, os amigos “ah, nunca mais volta”, vêem o caso que é, mas a minha família tem fé, a gente não sei, olhe é bom ter fé, a nossa fé, seja lá qual for”. (E17-UCCANE4)</i></p> <p><i>“Mudou, isso mudou, porque não há carreiras e além de não haver é tudo caro”. (E8-UMDARGE2)</i></p> <p><i>“Alguns, nem todos, vivem, longe. Mas vêm...”. (E17-UCCANE4)</i></p> <p><i>“...eles dizem assim “Ó homem não esmoreças; isso passa. Eu também andei assim, desta maneira e daquele e aconteceu-me isto e aconteceu-me aquilo e graças a Deus estou melhor vês, já trabalho outra vez e tu não esmoreças” (Choro). Uma vez um, eu ia à porta encostado a um pau, ia para ir ao Médico à Junta de Freguesia e ele diz assim “O quê, dessa idade e já encostado a um pau? Não prestas para nada pá. Olha para mim, olha para mim aqui a andar e sou mais velho que tu 3 anos”. Isso nunca se deve dizer, deve dar-se é sempre força; “EH! pá anda para cima que isso passa, olha que também já estive assim e já estou bom, ainda és novo”; agora dizer “dessa idade e não prestas para nada, já estas encostado a um pau” olha que conversa aquela. (E11-UCCANE3)</i></p> <p><i>“É fácil dizer, já não me dou tão bem como eu era, não é”. (...) “Há pessoas que às vezes, dizem mal de mim”. (...) “Porque estão mais ao alcance”. (...) “Pensavam que eu já nunca mais, que eu morria. Vinham aqui visitar-me e até diziam lá em S. Frutuoso “ele não é o que se pensava, ele agora já anda por lá a andar e tudo mais” e já pensavam que eu que ia embora”. (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>“Os amigos, alguns, esqueceram-se de mim, só um é que vem aqui sempre, os outros foram lá acima à neurologia uma vez e nunca mais apareceram”. (...) “Os amigos deixaram-me mais, mas a família não”. (E3-UMDFMPE1)</i></p> <p><i>“Afastaram-se”. (...) “Porque não me vão ver”. (...) “Não sei. Será com vergonha de andar comigo? Não sei”. (...) “Não sei, talvez por terem vergonha, não sei. Mas isto não é vergonha, é uma coisa que</i></p> |

| | |
|--|---|
| <p>SubCategoria Percepção do Relacionamento com a Rede Social</p> | <p>dá". (E15-UMDFMPE4) <i>"Porque eles são pessoas que eu me dava bem com eles e claro eles não têm vagar de vir para aqui". (...) "Alguns, há outros que não podem". (E19-UCFMPE2)</i></p> <p><i>"Pois tive muita pena dos meus amigos, e das minhas amigas e da minha rica filha e do meu rico genro e do meu rico neto". (E7-UMDADFPE1)</i></p> <p><i>"Não, não, se me aparecerem fico na mesma". (E15-UMDFMPE4)</i> <i>"Pensam mal, coitados, têm pena de me acontecer aquilo. Têm pena e iam-me lá visitar a casa, eu estava lá sentado na sala, depois iam embora e passados dois dias ou três, voltavam lá". (E16-UMDADFPE2)</i> <i>"A minha família damo-nos à mesma, e os meus amigos também". (E12-ULDARGE1)</i> <i>"... os amigos "ah, nunca mais voltam", vêem o caso que é". (E17-UCCANE4)</i> <i>"Sei lá o que é que eles pensam, todos têm pena de mim. Mas da pena para o efeito, vai muito". (E22-UMDCRCE2)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinto-me desanimado(a) mesmo com a presença dos amigos - Sinto que os amigos não gostam de mim, devido às limitações que apresento - Considero que já não tenho amigos - Os meus amigos já não aparecem, devido à minha condição de saúde - Não gosto de aparecer assim aos meus amigos - Sinto que os meus amigos não acreditam na minha recuperação - Os amigos não me visitam por estar longe da minha residência - Há pessoas que me dizem coisas que me magoam - Sinto que algumas pessoas se esqueceram de mim - Sinto pena dos meus amigos pelo que me aconteceu - Não sinto satisfação nos relacionamentos com pessoas que estão à minha volta - Sinto que os meus amigos têm pena de mim pelo que me aconteceu - Sinto que não se mantém a relação que eu tinha com os meus amigos - Sinto que todos têm pena de mim - Sinto que as pessoas que me rodeiam esqueceram-se de mim |
| <p>SubCategoria Relacionamento com os Serviços de Cuidados</p> | <p style="text-align: center;">Excertos das Entrevistas</p> <p><i>"Eu já corri as unidades todas, três e quatro camas em cada unidade. (...) "O meu dia-a-dia tem sido aqui, sempre aqui no hospital". (E4-UCCANE1)</i> <i>"Agora, ora estou em casa, ora no hospital, vai fazer um ano". (E14-UMDARGE4)</i></p> |

| | |
|---|---|
| <p>SubCategoria Relacionamento com os Serviços de Cuidados</p> | <p><i>“Estive no hospital um mês, depois fui-me embora para casa e agora vim para aqui, aqui também não me senti bem e fui-me também embora e agora é que voltei outra vez”. (E16-UMDADFPE2)</i></p> <p><i>“Quem estava então a tomar conta de mim em minha casa eram os meus dois filhos. Depois eles foram falar ao Centro de Dia do Ateneu lá de cima da Sé Velha e depois lá as senhoras foram a minha casa tratar de mim; fazer a higiene, dar-me o comer, almoço e o resto da casa tratam os meus filhos, limpar a casa, tratar da roupa, arrumar a cozinha e tudo isso”. (E5-UMDFMPE2)</i></p> <p>Itens com significado emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenho tido acesso aos cuidados de saúde necessários - Confio nos cuidados de saúde prestados - Tenho procurado assistência para satisfazer o tratamento prescrito - Sinto que tenho a assistência necessária quanto à minha situação de saúde |
|---|---|

2.8 – PROPOSTA DE INSTRUMENTO PARA ESTUDOS SUBSEQUENTES

O instrumento de colheita de informação a que se chegou resultante deste primeiro estudo comporta seis partes, que de seguida se apresenta e caracteriza genericamente, encontrando-se o instrumento na íntegra em anexo (Anexo I).

A I parte comporta 15 questões de caracterização sociodemográfica, colhendo informação sobre: idade; sexo; estado conjugal; religião; condições habitacionais antes do episódio do AVC; tipo de habitação; antes do AVC com quem morava; número de membros do agregado familiar; natureza da relação familiar; tipo de ajuda em caso de necessidade. A estas questões seguem-se perguntas sobre aspectos biológicos e de saúde, tais como: tipo de AVC; tempo decorrido após AVC; local de permanência após AVC; tipologias da unidade de internamento – RNCCI; medidas antropométricas, peso, altura, IMC; se toma medicamentos e quais; história prévia de depressão ou outras situações de saúde mental; percepção actual do estado de saúde.

Uma II parte do instrumento de colheita de informação dirige-se para a colheita de dados relacionados com a dimensão físico-funcional em cinco grandes blocos: dor; visão; aptidão muscular; actividade psicomotora e actividades de vida.

Uma caracterização da dor antes do AVC e a dor actual com a localização e a valorização numa escala de 1 a 10. Cinco itens sobre a visão onde os inquiridos respondem numa escala de concordância de cinco pontos entre discordo totalmente e concordo totalmente. Dados sobre a avaliação da aptidão muscular (força muscular e amplitude do movimento) considerando no membro superior dados à direita e à esquerda nos movimentos associados à articulação escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e à preensão palmar. Considera-se ainda no membro inferior a força muscular e a

amplitude do movimento articular dos movimentos das articulações coxo-femural, joelho e tibiotársica.

A actividade psicomotora é questionada em 4 itens, em que pede a concordância em escala tipo Likert com a amplitude de discordo totalmente até ao concordo totalmente.

As actividades de vida são aqui questionadas em três sub-blocos. *Actividades Essenciais de Vida* (AEVI); *Actividades de Vida Complementares* (AVIC); *Actividades de Vida Complexas* (AVIComp). Em todos os itens perguntava-se “qual a capacidade para” e “com que frequência necessidade de ajuda”, em ambos os aspectos pedia-se a localização numa escala tipo Likert de cinco pontos cada, respectivamente, “nada/nenhuma; baixa; média; elevada; total” e “nunca/raramente; algumas vezes; muitas vezes; quase sempre; sempre”.

As *Actividades Essenciais de Vida* (AEVI) são questionadas com 35 itens, em subcategorias como higiene corporal (4); vestuário (3); eliminação vesical (3); eliminação intestinal (3); comer (1); beber (1); recreação e lazer (2); equilíbrio/controlo postural (8); transferências (3); deambulação/andar (7).

As *Actividades de Vida Complementares* (AVIC) caracterizam-se através das respostas a 17 itens, assim distribuídos: tarefas domésticas (8); transportes (3); responsabilidade-medicação (1); aspectos económico-financeiros (3); uso do telefone (2).

No que diz respeito às *Actividades de Vida Complexas* (AVIComp), fazem-se 6 perguntas relacionadas com aspectos como: conduzir (1); prática desportiva (1); cantar e tocar instrumentos (1); viajar/passear (1); comunicar (2).

Uma III parte do instrumento engloba perguntas do domínio psicológico com um conjunto de 99 itens a serem respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos de concordância entre o discordo totalmente e o concordo totalmente e distribuídos nas seguintes categorias: cognitivo-motor (5); percepção do estado de saúde (46); percepção do bem-estar (28); percepção da relação com os outros (12); sentido de autonomia (6); perspectivas futuras (4); percepção de mudança pessoal (3).

Numa IV parte recolhe-se informação no domínio espiritual através de 38 itens cotados de 1 a 5 (escala tipo Likert) entre o discordo totalmente e o concordo totalmente, comportando as categorias religiosidade (19); positividade do sentido de vida (10); consciência de si enquanto ser finito- finitude (9).

De seguida, numa V parte, questiona-se em relação ao domínio social através de 50 itens cotados como nas dimensões anteriores e distribuídos pelas seguintes categorias e subcategorias: status/papéis (11); relações de proximidade/percepção do relacionamento

familiar (15); relações de proximidade/percepção do relacionamento da rede social (15); relações de proximidade/percepção do relacionamento com os serviços de cuidados (9).

Por último uma VI parte com a caracterização sócio-económica questionada através de 5 perguntas relativas à profissão; ao nível de escolaridade; de onde provêm os rendimentos individuais; se os rendimentos económicos são suficientes para: *“Despesas correntes (alimentação, manutenção da casa, outras)”*, *“Despesas de saúde”*, *“Despesas com outros (cônjuge, filhos e outros)”*, *“Encargo com instituição de acolhimento”* e nível sócio-económico.

O instrumento de colheita de informação construído, resultante do estudo I desta dissertação, ficou assim concluído para ser testado nos estudos subsequentes.

3 – ESTUDO II - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - PAMPI-AVC

3.1 – PERCURSO METODOLÓGICO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

Sustentados na reflexão acerca do conjunto dos resultados obtidos no primeiro estudo no capítulo anterior, este segundo estudo focaliza-se na elaboração e análise da estrutura das dimensões (áreas emergentes) de um protocolo de avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC (PAMPI-AVC), contextualizado no percurso de reabilitação após o evento na RNCCI, com o propósito de avaliar as características de fidelidade e validade do instrumento de avaliação proposto, com o foco na avaliação motora das mesmas.

Como enquadramento deste estudo em termos metodológicos, entendemos considerá-lo na investigação como um estudo de cariz correlacional, já que a sua tipologia está associada ao modelo de práticas estatísticas empregues para o cálculo dos indicadores seja da relação, seja da previsão (Coutinho, 2011).

Neste capítulo, apresentaremos a descrição da metodologia implementada, descrevendo os critérios de selecção da amostra e as suas características gerais, os procedimentos de colheita de informação, os instrumentos utilizados, terminando com as análises estatísticas elaboradas.

A população deste estudo foram as pessoas idosas de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 55 anos e os 91 anos, acometidas de AVC e que se encontravam no seu processo de reabilitação na RNCCI, do distrito de Coimbra. A amostra foi seleccionada entre as pessoas, que se encontravam nas unidades de internamento da RNCCI, sendo estas constituídas por diversas tipologias, com finalidades distintas (convalescença, média duração e reabilitação e longa duração e manutenção) no distrito de Coimbra.

Este estudo decorreu no período compreendido entre Novembro de 2010 e Outubro de 2011 em cada unidade. Independentemente da tipologia, procedeu-se a uma amostragem probabilística por *clusters*, compreendendo a escolha, quer pelo investigador, quer pelos colaboradores em cada local onde se realizou a pesquisa (após esclarecidos os objectivos do estudo) de todas as pessoas idosas no seu percurso de reabilitação nas respectivas unidades de internamento (*Convalescença* – HAJC; AFMP; CMRRC – RP, *Média duração e reabilitação* – AFMP; LS - DV; CRC; SB; CDEC; N-GAG S.A.; SCMA; ADFP; INSN – SCMVNP, *Longa duração e manutenção* – LS – DV; SB; CDEC; N-GAG S.A.; SCMA; ADFP; INSN – SCMVNP), tendo em conta as condições de

inclusão estabelecidas previamente, sendo estas, idade ≥ 65 anos, ter lesão neurológica com compromisso da actividade motora, sem compromisso cognitivo, que inviabilizasse a colaboração e concordar participar no estudo após ter recebido informação adequada a respeito do mesmo. A este propósito, quanto ao critério da idade, houve uma reformulação deste critério no início da colheita de informação após a referenciação de pessoas em algumas unidades de internamento, englobando assim pessoas com idade igual ou superior a 55 anos. Não obstante alguns marcos teóricos referentes à idade (pontos de corte) referidos na literatura, desde logo, Oliveira (2010a) entende que qualquer dos marcos cronológicos, aparentando serem “*democráticos*”, não correspondem à realidade biológica, não podendo serem absolutizados por ainda não estarem encontrados os “*marcadores biológicos*” e, conseqüentemente, a não conformidade entre todos. Por outro lado, tendo subjacente a condição de saúde das pessoas deste estudo, (O’Sullivan, 1993) é de opinião que a incidência do AVC aumenta exponencialmente com a idade, evidenciando relevantes proporções após os 55 anos.

Tendo em conta os critérios delineados, foram referenciadas 564 pessoas idosas nas várias unidades de internamento (*Convalescença* – 130, *Média duração e reabilitação* – 208, *Longa duração e manutenção* – 126), sendo inquiridas 92 pessoas, destas, 4 dos protocolos foram invalidados (1 por alterações cognitivas, 2 por altas precoces e 1 por falecimento), constituindo-se assim a população deste estudo de 88 pessoas idosas, que se encontravam no seu processo de reabilitação na RNCCI, no distrito de Coimbra (*Convalescença* – 44, *Média duração e reabilitação* – 38, *Longa duração e manutenção* – 6).

A participação das pessoas que compõem a amostra foi de carácter voluntário, tendo sido esclarecidas previamente quanto aos objectivos do estudo, podendo a qualquer momento declinar a vontade em participar nele, bem como do compromisso que o investigador assumiu em respeitar as normas éticas e deontológicas, assegurando que as informações prestadas e os resultados delas decorrentes, destinar-se-iam somente à apresentação e/ou publicação de trabalhos de carácter científico podendo subsidiar outras pesquisas do investigador, após o qual era assinado o consentimento informado. Nas situações em que por dificuldade ou iliteracia não foi possível fazê-lo foi apenas a impressão digital. Em ambas as situações foi realizada na presença de um profissional da unidade onde se encontrava.

3.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

São diversificadas as formas de recolha de informação, estando esta em consonância com a natureza e os objectivos da investigação, logo o investigador focaliza esta etapa tendo em conta os instrumentos a utilizar na consecução dos objectivos delineados.

Neste sentido, os instrumentos utilizados neste estudo para a recolha de informação, tendo como premissa a pertinência dos registos da mesma, tiveram uma sequência, que entendemos ser a mais conveniente na apresentação às pessoas, que colaboraram neste estudo e que passamos a enunciar.

QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Foi elaborado pelo investigador de forma estruturada e para ser aplicado em molde de entrevista, constituindo-se a primeira parte, com questões específicas como: Idade, Estado Conjugal, Religião, Condições habitacionais antes do episódio do AVC; Antes do episódio do AVC, morava com?; Tipo de ajuda (em caso de necessidade); Tipo de AVC, Tempo decorrido após AVC, Local de Permanência após o AVC, Tipologia da Unidade de Internamento – RNCCI; Medidas Antropométricas (IMC); Toma Medicamentos – Quais?; História prévia de depressão ou outras situações de saúde mental; Actualmente como percebe o seu estado de saúde e Situação sócio-económica – Profissão, Nível de Escolaridade, Rendimentos individuais provêm?; Os rendimentos económicos são suficientes para: *“Despesas correntes (alimentação, manutenção da casa, outras)”*, *“Despesas de saúde”*, *“Despesas com outros(cônjuge, filhos e outros)”*, *“Encargo com instituição de acolhimento”*.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA APÓS AVC – PAMPI-AVC

Este foi o trabalho, que tendo por base o Estudo I (capítulo anterior) e após a análise das áreas emergentes e a elaboração de itens correspondentes às mesmas, permitiu-nos o desenvolvimento deste protocolo (Anexo II) que depois do processo de validação, nos permite avaliar a actividade motora da pessoa idosa após AVC.

Para o cálculo, classificação e avaliação do IMC (índice de Quételet), - critério de diagnóstico, foram utilizadas as medidas obtidas da Massa Corporal (Peso) e Estatura, tendo sido obtido a partir da divisão da massa corporal em quilogramas, pela estatura em metros, elevada ao quadrado (Kg/m^2) (Menezes, Souza e Marucci, 2008; Cervi, Franceschini e Priore, 2005).

Tendo em conta algumas alterações decorrentes do processo de envelhecimento, como alterações graduais na estatura, cifose torácica, escoliose, osteoporose, compressão dos

discos intervertebrais, assim como reduções do peso corporal, estas trazem, indubitavelmente, mudanças comparativas relativamente a grupos de pessoas com idades menores. Consideramos assim importantes os pontos de corte para a classificação do IMC em pessoas idosas. Embora o IMC não permita a possibilidade de determinar a composição corporal e não expresse a distribuição de gordura corporal, é relevante na determinação do risco de muitas condições de saúde (Cervi, Franceschini e Priore, 2005; Matsudo, Matsudo e Neto, 2000).

Adoptámos neste estudo para a classificação do IMC os pontos de corte sugeridos pela WHO em 1998, - Baixo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ Kg/m}^2$), Eutrofia ($\text{IMC} 18,5\text{-}24,9 \text{ Kg/m}^2$), Pré-Obeso ($\text{IMC} 25\text{-}29,9 \text{ Kg/m}^2$), Obesidade Classe I ($\text{IMC} 30,0\text{-}34,9 \text{ Kg/m}^2$), Obesidade Classe II ($\text{IMC} 35,0\text{-}39,9 \text{ Kg/m}^2$), Obesidade Classe III ($\text{IMC} \geq 40,0 \text{ Kg/m}^2$), reformulado posteriormente. Temos presente que qualquer opção metodológica para a determinação dos pontos de corte, leva-nos a algumas incertezas, quando estamos perante pessoas idosas, relativamente à idade e condição de saúde. Na literatura existe algum consenso na utilização da proposta de Lipschitz (1994) quanto à utilização dos pontos de corte em virtude dessa proposta ser específica para pessoas idosas, levando esta em apreciação as modificações na composição corporal, que ocorrem nesta faixa etária, considerados estes - Baixo peso – $\text{IMC} < 22 \text{ Kg/m}^2$, Eutrofia - IMC entre 22 e 27 Kg/m^2 , e Sobrepeso - $\text{IMC} > 27 \text{ Kg/m}^2$, propondo a aplicação de um maior ponto de corte para baixo peso e um menor ponto de corte para obesidade (Ribeiro, *et al.*, 2011; Cervi, Franceschini e Priore, 2005).

A avaliação do Peso foi obtida através de uma balança digital portátil da marca TANITA com capacidade para 150Kg. A balança era colocada ao fundo do leito, para que num primeiro momento tivesse o mesmo como apoio (especificidade da amostra tendo em conta a condição de saúde. Em algumas situações foi necessário apoio dos colaboradores em virtude de apresentarem alterações no controlo postural). Em seguida era solicitado à pessoa que se colocasse na posição vertical, considerando as suas potencialidades na verticalização (quando não conseguiam, era prestada ajuda), sem calçado e com roupas leves (camisa e meias). O passo seguinte era a pessoa posicionar-se ou ser posicionada na plataforma da balança de frente para o visor da mesma com os membros superiores juntos ao corpo e os pés paralelamente colocados tentando olhar em frente. É de realçar que o instrumento utilizado para o efeito foi o mesmo para todas as pessoas.

Para a avaliação da estatura/altura, as pessoas eram colocadas em decúbito dorsal no leito (em virtude da especificidade da condição de saúde e possíveis alterações já referenciadas decorrentes do processo de envelhecimento), com os pés junto à barra da

cama, servindo esta como o limite inferior de medida e no limite superior junto ao couro cabeludo da pessoa era colocada uma pequena plataforma em acrílico e era efectuada a medição com uma fita métrica (medida linear). Após os procedimentos eram registados os dados no protocolo. Nestas avaliações tivemos como premissa o princípio da privacidade.

Na dimensão Físico-funcional, englobámos a questão da Dor (auto-relatada - antes e depois do evento e se a Dor se manifestava de forma generalizada ou não), tendo aglutinada às questões previamente formuladas a Escala de Estimativa/Categoria Numérica - NRS, como forma de mensuração da intensidade da Dor (administração verbal). Esta escala possibilita quantificar a intensidade da dor, usando números geralmente com 11 pontos de 0 a 10, representando estes os extremos da vivência dolorosa, onde o zero representa ausência de dor e o 10 a dor de maior intensidade possível, sendo os outros números considerados como quantidades intermédias de dor (Andrade, Pereira e Sousa, 2006). Neste estudo constituímos a escala com 10 pontos em virtude de termos anteriormente a questão da não manifestação de dor.

Jenson, Karoly e Braver (1986) no seu estudo evidenciam ser esta forma de mensurar a dor com maior validade - escala de 11 pontos, dispostos em pequenos rectângulos, do que uma escala linear (Sousa e Silva, 2005). Confirmar a presença de dor é proveitoso para o entendimento da pessoa e perspectivar que a mensuração da dor terá que ser entendida de forma culturalmente diferenciada é importante, já que a tradução desta escala como possui números é mais facilmente traduzida não estando sujeita á interpretação da mesma forma que as palavras (Sousa e Silva, 2004).

Nesta dimensão englobámos também as variáveis força muscular e a amplitude movimento articular por entendermos que são duas sub-componentes de “Aptidão Muscular” e esta como um constituinte da aptidão física relacionada com a saúde. (ACSM, 2006)

Segundo a mesma entidade, a designação “Aptidão Muscular” comporta uma interdependência entre força muscular e *endurance* muscular e por outro pela flexibilidade sendo esta perspectivada como a capacidade funcional das articulações se movimentarem através de uma amplitude completa de movimentos.

Neste sentido a fraqueza muscular é um dos constrangimentos mais observados em pessoas hemiparéticas após AVC, sendo habitualmente avaliada através do teste muscular manual ou através da dinamometria. Quanto ao teste muscular manual, baseámo-nos no sistema de Lovett referenciado por (Kendall e MC Creary, 1987), Nula – Sem contracção; Vestígio – Sente-se enrijecimento muscular, mas não é produzido movimento; Pobre – Produção de movimento com contracção muscular, que não vence a

gravidade; Regular – Com contracção muscular vencendo a gravidade; Boa – Contracção muscular vence a resistência, assim como, resistência aplicada pelo examinador; Normal – Contracção normal, capaz de superar resistência. Em termos de facilidade de registo recodificámos da seguinte forma: Nula – (0 – zero); Vestígios – (1); Pobre – (2); Regular – (3); Boa – (4); Normal – (5).

Tendo em conta a condição de saúde-AVC, avaliámos a força muscular manual dos membros superiores, de forma activa, na Posição de decúbito dorsal, relativamente aos movimentos (Flexão, Extensão, Abdução, Adução, Rot. Interna, Rot. Externa) ao nível da articulação Escápulo-Umeral, ao nível do cotovelo (Flexão, Extensão), ao nível do Antebraço (Supinação, Pronação), ao nível do Punho (Flexão, Extensão, Desvio Cubital, Desvio Radial).

Nos membros inferiores, avaliámos ao nível da articulação Coxo-Femural (Abdução, Adução, Flexão, Extensão, Rot.Interna, Rot.Externa), ao nível do Joelho (Flexão, Extensão), ao nível da articulação Tibio-Társica (Flexão Plantar, Dorsiflexão, Inversão, Eversão)

Quanto às mãos, optámos pela avaliação através da dinamometria hidráulica manual, já que esta se tem mostrado, segundo a literatura, um método confiável, sensível, assim como um indicador funcional.

Neste estudo foi utilizado o dinamómetro hidráulico JAMAR para a avaliação da força de preensão palmar - preensão de força e para a mensuração da força muscular de preensão de precisão em pinça – Lateral (Pinça da Chave - polpa digital do polegar e face látero-radial da segunda falange do indicador), foi utilizado o dinamómetro Preston Pinch Gauge.

Quanto à primeira avaliação com o dinamómetro hidráulico JAMAR, considerado teste rápido, fácil e acessível, tivemos em conta vários aspectos relatados na literatura, tais como o contacto com o instrumento prévio ao teste, permitindo que as pessoas fizessem a adaptação ao mesmo, a adopção da posição para o teste (recomendação da *American Society of Hand Therapist* – ASHT), pessoa sentada confortavelmente, sem apoio de braço, ombro aduzido, cotovelo flectido a 90⁰, antebraço em posição neutra e punho podendo este variar de 0⁰ a 30⁰. Tivemos em conta a tonalidade da voz, quando do início do teste (evitando reforço positivo), foram efectuadas três medições (para cálculo da média aritmética, podendo esta ser estabelecida em quilogramas/força ou em libras/polegada), tendo sido intervaladas com repouso de 60 segundos entre as medições, mantendo sempre a alça do instrumento na posição II como padrão de rotina (Moreira, *et al.*, 2003; Figueiredo, *et al.*, 2000).

Face à especificidade das pessoas avaliadas, tendo em conta a sua condição de saúde e quanto à posição padronizada defendida por vários autores, efectuámos uma modificação na mesma, para permitir à pessoa a sustentação do instrumento com o membro colateral - com menor compromisso, a estabilizar o membro com maiores dificuldades, mas sempre de forma activa.

Para a segunda avaliação com o dinamómetro *PRESTON PINCH GAUGE*, apenas avaliámos o movimento de pinça lateral (Pinça da Chave - polpa digital do polegar e face látero radial da segunda falange do indicador), por ser a pinça mais forte (adutor e flexor longo do polegar). A forma de mensuração (recomendações – Padronização – modificação efectuada neste estudo) foi idêntica à verificada com o dinamómetro hidráulico JAMAR, o registo das medidas sucessivas intervaladas por 60 segundos de descanso entre elas e o respectivo cuidado na indicação tendo em conta o volume da voz para evitar o reforço positivo. (Soares, *et al.*, 2011; Araújo, *et al.*, 2002), são de opinião que a dinamometria apresenta uma boa correlação com os teste de destreza manual e que os bons desempenhos nestes testes possibilita predizer a funcionalidade do membro superior das pessoas avaliadas.

Quanto à avaliação da amplitude de movimento articular (ADM), esta é considerada como a quantidade de movimento de uma articulação (Norkin e White, 1995), um método para medir os ângulos articulares do corpo é a goniometria. Neste estudo foi utilizado um goniómetro universal – Protex AG CH-3001 Bern, de plástico, constituído por dois braços, braço móvel, que acompanha a amplitude do movimento e o braço fixo, mediados por um transferidor central formado por um círculo completo, apresentam uma linha bem definida preta, que vai da metade de ambos os braços, quer do móvel, quer do braço estacionário. Nas avaliações efectuadas tivemos como referência pontos anatómicos no sentido, quer de manter o braço estacionário, quer o de direccionar o braço móvel do goniómetro, neste sentido tivemos em conta o que preconizam (Norkin e White, 1995). Nestas avaliações apenas realizámos as mesmas, quando a pessoa apresentava movimentos activos. Antes de as iniciarmos elucidámos as pessoas como deveriam proceder, em alguns casos, fizemos a demonstração devida, face ao que pretendíamos. Inicialmente sugeríamos que as pessoas se colocassem em decúbito dorsal com pouca roupa (apenas roupa interior e lençol – para manter a privacidade das pessoas), mantendo o alinhamento corporal após o qual iniciávamos as avaliações bilateralmente (se movimento activo) de forma cefalo-caudal de forma sistematizada, registando a cada avaliação o obtido numa folha elaborada para o efeito.

A medida da amplitude do movimento articular (ADM) é considerada como uma componente importante na avaliação físico-funcional, permitindo identificar limitações

articulares de modo quantitativo e, deste modo, repercutir-se na efectividade das acções terapêuticas implementadas durante o processo de reabilitação, entendendo estes que as medidas efectuadas com o goniómetro são medidas mais confiáveis e válidas comparativamente à estimativa visual (Batista, *et al.*, 2006).

Como nota, apenas não avaliámos a nível da articulação coxo-femural a amplitude do movimento de extensão, por entendermos que a posição de ventral era difícil de adoptar pelas pessoas avaliadas. Em todas as avaliações, até agora enunciadas, às pessoas idosas foram efectuadas apenas pelo próprio investigador.

Para além da dor, da aptidão muscular (força e amplitude) ressaltou também a importância de avaliação de aspectos relacionados com a visão, no que concerne à situação antes do AVC e depois. Tornou-se também relevante questionar sobre aspectos psicomotores como a orientação, controlo do corpo, inquietude quando junto de outros, perturbação com muita gente à volta.

Procurámos elaborar um instrumento que permitisse avaliar a actividade motora da pessoa idosa após AVC em diferentes domínios, tais como: *domínio Físico – funcional* - Dor, Visão, Actividade Psicomotora, Aptidão Muscular, Actividades de vida diária (*Actividades Essenciais à Vida (AEVI)*) - Higiene Corporal, Vestuário (Vestir e despir), Eliminação Vesical, Eliminação Intestinal, Comer, Beber, Equilíbrio / Controle Postural, Transferências, Deambulação / Andar; *Actividades de Vida Complementares – (AVIC)*- Tarefas Domésticas, Transportes, Conduzir, Prática Desportiva, Cantar e Tocar instrumento Musical; *Actividades de Vida Complexas – (AVIComp)*- Comunicar, Responsabilidade – Medicação, Aspectos Económicos/Financeiros, Uso do Telefone, Recreação e Lazer); *domínio Psicológico* (Cognitivo/Motor, Percepção do Estado de Saúde, Percepção de Bem-Estar, Percepção da Relação com os Outros, Sentido de Autonomia, Perspectivas Futuras); *domínio Espiritual* (Religiosidade, Positividade do Sentido de Vida e consciência de si enquanto SER finito - finitude) e *domínio Social* (Status/Papéis, Relações de Proximidade – Percepção do Relacionamento Familiar, Percepção do Relacionamento com a Rede Social, Relacionamento com os Serviços de Cuidados).

Para tal foram elaborados diversos itens referentes a cada um dos quatro aspectos, conforme desenvolvemos no capítulo anterior. Inicialmente o número destes itens era bastante elevado, pelo que houve necessidade de depurar o instrumento com o objectivo não apenas de reduzir o número de itens, mas, principalmente, reter aqueles, que apresentavam maior pertinência e relevância para a avaliação da variável que pretendemos medir.

A depuração do instrumento envolveu a análise da capacidade discriminante de cada item, estudos de análise factorial, para a qual utilizámos o método dos componentes principais com rotações tipo *varimax* e a avaliação da consistência interna.

As pontuações referentes às actividades de vida diária (*Actividades Essenciais à Vida (AEVI)*, *Actividades de Vida Complementares – (AVIC)* e *Actividades de Vida Complexas – (AVIComp)*, foram obtidas através da conjugação dos scores relativos à capacidade para realizar as actividades com os scores da frequência de necessidade de ajuda. A capacidade para realizar as tarefas foi cotada com “1” para a resposta “Nula/Nenhuma”, “2” para a resposta “Baixa”, “3” para a “Média”, “4” para a “Elevada” e “5” para resposta “Total” enquanto que as respostas referentes à frequência de necessidade de ajuda foram pontuadas com “5” para “nunca ou Raramente”, “4” para “Algumas Vezes”, “3” para “Muitas Vezes”, “2” para “Quase sempre” e “1” para “Sempre”. A cotação final foi obtida multiplicando as primeiras pelas segundas. Nos restantes domínios as pontuações resultaram dos scores inerentes ao grau de concordância dos inquiridos com cada um dos itens, sendo atribuída a cotação de “1” para o “Discordo Totalmente”, “2” para o “Discordo”, “3” para a resposta “Não concordo nem discordo”, “4” para o “Concordo” e “5” para o Concordo Totalmente”, excepto nos itens negativos cuja pontuação foi invertida.

Em todos os casos a pontuação final do domínio e das categorias e subcategorias foi transformada numa escala de 0 a 100 pontos, em que as pontuações mais elevadas evidenciam melhores pontuações nos domínios, categorias e subcategorias consideradas.

A transformação para a escala de 0 a 100 pontos foi efectuada através da fórmula:

$$pontuação = \frac{\sum_1^n x_i - x_{min}}{x_{max} - x_{min}} \times 100$$

Onde:

$\sum_1^n x_i$ = Somatório das pontuações dos itens da categoria ou subcategoria

x_{max} = Valor máximo esperado para a categoria ou subcategoria

x_{min} = Valor Mínimo esperado para a categoria ou subcategoria

Os estudos da consistência interna dos domínios, categorias e subcategorias revelaram, para o coeficiente α de Cronbach, valores elevados, que variaram entre 0.751 e 0.987, sendo a média 0.858.

Estes resultados permitem concluir que o protocolo elaborado apresenta elevada consistência interna e está em convergência com as escalas/instrumentos, que a seguir iremos referenciar.

3.3 – CARACTERIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PADRONIZADOS

MINI MENTAL STATE EXAMINATION – (MMSE) - adaptado de Manuela, G. e colabs. (1994)

O MMSE de Folstein, Folstein e McHugh (1975), foi traduzido e adaptado à população portuguesa por (Guerreiro, *et al.*, 1994), considerado como um instrumento, que avalia o *Status* cognitivo de forma global de fácil aplicação, permitindo avaliar 30 questões repartidas por seis domínios cognitivos. Podemos dividi-lo em duas partes, considerando a primeira como a que necessita para a sua avaliação apenas de respostas verbais sobre: *ORIENTAÇÃO* (5 itens de orientação temporal – “Em que ano estamos?; Em que mês estamos?; Em que dia do mês estamos?; Em que dia da semana estamos?; Em que estação do ano estamos?” e 5 de orientação espacial – “Em que país estamos? ; Em que distrito vive? ; Em que terra vive? ; Em que casa estamos? ; Em que andar estamos?”, *RETENÇÃO* (repetição de três palavras enunciadas – “Pera, Gato e Bola”), *ATENÇÃO E CÁLCULO* (solicitada a subtração sucessiva de três números ao número de referência que é o trinta), *EVOCAÇÃO* (três palavras anteriormente referidas – “Pera, Gato e Bola”), e a segunda avalia a *LINGUAGEM* (constituído por 2 itens de nomeação – ao mostrar um “lápis e um relógio”, e um item de repetição de uma frase “O rato roeu a rolha”; três itens de compreensão verbal, após explicação “ Pegar uma folha com a mão direita”; “dobrar a mesma ao meio e colocá-la onde deve”; um item de compreensão escrita, lendo o que está escrito numa folha “Feche os olhos”, não sabendo ler, lê-se a frase e uma de escrita espontânea em que é solicitado a escrita de uma frase inteira), por último avalia-se a *HABILIDADE CONSTRUTIVA* (Cópia de um figura constituída por dois pentágonos intersectados em dois pontos).

A mensuração total do instrumento varia entre 0 e 30 pontos (cada item do teste com resposta correta é pontuada com 1 ponto).

Este Instrumento de avaliação é, provavelmente, o mais utilizado na avaliação global das funções cognitivas, em ambientes clínicos e na investigação em pessoas idosas, com o propósito de avaliar o funcionamento cognitivo, a partir do qual proporciona a detecção de alterações cognitivas.

Guerreiro, *et al.*, (1994) são de opinião que ao deparar-se com os resultados encontrados na adaptação do instrumento à população portuguesa, estes são influenciados pela escolaridade.

A literacia (nível de escolaridade) revela-se como uma determinante para a cotação global do instrumento e, neste sentido, no presente estudo são considerados os valores de corte para a população portuguesa, repercutindo as alterações cognitivas do seguinte modo: Analfabetos - ≤ 15 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade - ≤ 22 , Escolaridade superior a 11 anos - ≤ 27 pontos.

ÍNDICE DE BARTHEL - adaptado de Mahoney e Barthel (1965)

Este índice simples de independência tem sido usado para a avaliação da capacidade de desempenho, de autocuidado, mobilidade e continência, das pessoas em termos da reabilitação das mesmas, permitindo assim a avaliação da sua evolução em termos da sua condição de saúde. (Mahoney e Barthel, 1965)

É um instrumento de avaliação de fácil aplicabilidade, que mensura o nível de independência funcional da pessoa na realização de um conjunto de actividades consideradas básicas de vida diária, – Alimentar-se, transferências, higiene pessoal, ir à casa de banho (uso de sanitário), tomar banho, mobilidade (deambulação), subir e descer escadas, vestir-se e despir-se, controlo do intestino e controlo da bexiga.

Actualmente, este instrumento de avaliação é amplamente utilizado em vários contextos da prática clínica e na investigação, possibilitando assim a avaliação da capacidade funcional (funcionalidade) da pessoa idosa ao determinar o grau de dependência, quer de forma global, quer parcialmente em cada actividade. (Sequeira, 2010; Araújo, *et al.*, 2007)

Christiansen e Ottenbacher (2002, p.153) são de opinião que o Índice de Barthel é um dos instrumentos mais amplamente estudados em avaliações realizadas tendo em conta os cuidados pessoais, apresentando uma sensibilidade à mudança com o passar do tempo, facultando um significativo prognóstico dos resultados de reabilitação, relacionando-se significativamente com outras medidas do estado da pessoa. Estes autores ao fazerem referencia quanto à sua estabilidade (teste, reteste da confiabilidade) do instrumento original, enunciam um estudo de Granger *et al.* (1989), que evidencia a sua estabilidade de 0,89, e um coeficiente de confiabilidade entre avaliadores acima de 0,95.

Azeredo e Matos (2003) afirmam que a avaliação efectuada com este instrumento poderá sê-lo através da observação directa, de registos clínicos ou ainda ser auto-administrado (neste estudo a opção de avaliação foi a observação directa e face-a-face). As mesmas autoras referenciam ainda que numa escala de 10 itens, a pontuação global do instrumento compreende uma variação de 0-100 pontos, considerando que um total de 0-20 indica um nível de dependência total; 21-60 um nível de dependência grave; 61-90 um

nível de dependência moderada; 91-99 um nível de dependência leve e 100 considerado como o nível máximo de independência, face aos itens propostos. Esta forma de mensuração determina a pontuação fundamentada em desempenho independente ou na necessidade de ajuda. No nosso estudo será esta a forma de cotação que propomos.

O instrumento utilizado foi a versão original em inglês proposta por Mahoney e Barthel (1965), que depois de traduzido para o português e após a sua análise, se entendeu, face á sua aplicabilidade, fazer algumas alterações na construção frásica, mantendo os itens (alguns renomeados), assim como a forma de cotação dos mesmos, com o propósito de simplificar as questões a colocar às pessoas idosas no sentido de identificar as alterações, que a sua condição de saúde - AVC, determina ao nível da sua independência. (Anexo I)

Mahoney e Barthel (1965) são de opinião que a ausência de uma evolução positiva na avaliação do Índice de Barthel após um período considerável de cuidados/tratamento poderá indicar um fraco potencial de reabilitação.

ESCALA DAS ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA de Lawton, M. P. e Brody, E. M. (1969) - adaptado de Freitas, Miranda e Nery (2002)

O instrumento de avaliação das Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) foi desenvolvido por Lawton e Brody, (1969). Trata-se de um instrumento, que mede de forma genérica o nível de autonomia da pessoa idosa na realização das actividades instrumentais de vida diária, relacionando-se estas com tarefas consideradas mais complexas como usar o telefone, utilização de transportes, fazer compras, preparar as refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, fazer a gestão da medicação e fazer a gestão das suas finanças, permitindo assim a avaliação da funcionalidade instrumental (Araújo, *et al.*, 2008).

Este instrumento é considerado um dos instrumentos mais utilizados devido à facilidade de aplicação, interpretação, ser de baixo custo, não ser necessário preparação especializada para a sua aplicabilidade e absorver um tempo diminuto no seu preenchimento, permitindo assim uma avaliação breve e objectiva da vida independente e activa na execução das actividades com a inerente adaptabilidade ao meio.

Neste estudo adaptamos a versão de Freitas, Miranda e Nery (2002), por considerarmos ser uma versão, que na enunciação dos seu itens (itens 4 a 7) permitem variações conforme o género, evidenciando assim a questão cultural, podendo estes serem adaptados para actividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Face a esta especificidade, na enunciação dos itens tendo em conta o género, mantivemos as questões formuladas pelos autores, acrescentando ao item 5, se fosse homem, a questão a colocar - “O Sr. consegue subir e descer escadas?” e ao item 7 - “O Sr. consegue realizar actividades agrícolas (Ex: tratar da horta, cuidar do jardim...)?”, mantendo os itens da versão adoptada, quando a avaliação era efectuada a mulheres.

Esta versão na sua cotação total varia de 9 a 27 pontos, sendo a possibilidade da mesma para cada item ser a seguinte: 1 – Não Consegue; 2 – Com Ajuda Parcial; 3 – Sem Ajuda.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E DA MARCHA de Tinetti, M. (1986), adaptado de Freitas, Miranda e Nery (2002)

Tinetti (1986) a autora, ao propor este instrumento de avaliação perspectivava a abordagem de uma avaliação da mobilidade funcional adequada às pessoas idosas, centrando-se esta numa avaliação prática da mobilidade orientada ao desempenho, combinando as abordagens à mobilidade subjacente na marcha e na condição de saúde.

O instrumento proposto reflecte adaptações de estudos consultados no sentido de satisfazer os critérios pré-definidos. Os testes originais usados numa população institucional centravam-se em duas componentes: Equilíbrio e Marcha. A primeira avalia a pessoa quanto às posições e mudanças de posição, que influenciam a estabilidade, fornecendo assim na observação da pessoa informação útil ao nível do diagnóstico, terapêutica e prognóstico, incluindo oito mudanças de posição “*Equilíbrio sentado*”; “*Levantar de uma cadeira*”; “*Equilíbrio em pé*”, “*Pressão leve no esterno*”; “*Equilíbrio em pé com olhos fechados*”; “*Equilíbrio ao virar para os lados*” e “*Sentar-se*”, com critérios simples de pontuação.

A segunda componente, a Marcha, avalia, tendo em conta as observações focalizadas em oito actividades sequenciais de marcha, que incluem “*Início da marcha*”; “*Altura e comprimento dos passos*”; “*Continuidade dos passos*”; “*Simetria*”; “*Direcção*”; “*Estabilidade do tronco*”; “*Base de sustentação durante a marcha*” e “*Virar durante a Marcha*”, com os mesmos critérios de pontuação acima referidos.

A análise do instrumento em 15 pessoas, que se encontravam em ambulatório numa instituição de cuidados de longa duração, permitiu à autora verificar que houve mais de 90% de acordo entre dois observadores quanto à pontuação dos itens a nível individual. Quanto às limitações do instrumento, é de opinião existirem variações individuais face às categorizações sugeridas, entendendo ser difícil, tendo em conta a variação na população de pessoas idosas doentes, a obtenção de uma forma de avaliação standart e

uniforme, sugerindo complementaridade na avaliação com técnicas adequadas de observação e interpretação para funções com grande variabilidade e complexidade, como é a mobilidade (Tinetti, 1986).

No presente estudo, o instrumento foi adaptado de Freitas, Miranda e Nery (2002) por considerarmos, face ao nosso estudo, ser este o que mais se coadunava com os objectivos propostos, quer pela forma gráfica, quer pela forma simplificada dos itens e respectiva pontuação e consequentemente com o propósito de avaliar possíveis alterações de deambulação, identificando e mensurando a severidade do constrangimento evidenciado, estabelecendo comparabilidade através da pontuação obtida, assim como predizer o risco de quedas.

Neste sentido a forma de mensuração focar-se-á na maior pontuação obtida, traduzindo-se no melhor desempenho. A pontuação máxima situa-se, 16 para o equilíbrio e 12 para a marcha, sendo considerada a pontuação máxima de 28, tendo em conta a aglutinação das duas componentes (Anexo I).

ÍNDICE DE MOBILIDADE RIVERMEAD, adaptado de Collen, F.M *et al.*, (1991).

Este instrumento foi concebido para ser utilizado na avaliação da incapacidade de mobilidade de pessoas com condições de saúde no âmbito neurológico (Collen, *et al.*, 1991). Os autores consideram que a sua utilização é válida e fiável em vários contextos clínicos (hospital, domicílio, ambulatório e clínicas médicas), sendo concebido para a avaliação rápida e simples da mobilidade das pessoas, com o objectivo de avaliar a incapacidade de mobilidade das mesmas, não necessitando por isso de equipamento complementar para além do formulário do mesmo.

O instrumento utilizado foi a versão original em inglês proposta por Collen, *et al.*, (1991) que depois de traduzido para o português e após a sua análise, entendeu-se, face á sua aplicabilidade, fazer algumas alterações na construção frásica, mantendo os itens, assim como a forma de cotação dos mesmos, com o propósito de simplificar as questões a colocar às pessoas idosas no sentido de identificar as alterações nas suas habilidades motoras, que a sua condição de saúde - AVC, determinam ao nível da função de mobilidade (Anexo I).

Neste estudo e para a mensuração de cada tarefa motora, foi colocada a questão a cada pessoa, no sentido de avaliar se eram capazes ou não de realizar a tarefa referenciada. Foi atribuído um ponto quando realizavam a tarefa, zero pontos quando não conseguiam realizar. Houve situações, que, face à resposta transmitida e quando esta suscitava dúvidas ao investigador, (excepto no item 5 – “*Permanecer de pé sem apoio*”, que foi

sempre por observação directa), foi solicitado à pessoa a realização da mesma, atribuindo depois a pontuação correspondente.

No final da avaliação foram quantificados os pontos obtidos, podendo a sua cotação total variar de zero (totalmente incapaz) a quinze, traduzindo assim a condição global de cada pessoa, quanto maior a pontuação obtida melhor a sua mobilidade corporal.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FÍSICO A SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB) - adaptado de Guralnik, et al., (1995)

Este instrumento avalia o equilíbrio, a marcha, através da observação directa do desempenho, apresentando três itens de avaliação, com a finalidade de mensurar e analisar, num primeiro momento, o equilíbrio estático em pé, num segundo momento - a velocidade de Marcha e num terceiro momento, focaliza-se na função das extremidades inferiores- capacidade de se levantar de uma cadeira.

No primeiro momento de avaliação, o equilíbrio estático em pé e após o entrevistador ter demonstrado previamente a forma como pretendia que colocasse os pés, quer na posição com os pés colocados paralelamente (em paralelo), quer na posição de semi-Tandem (Hálux encostado na borda medial do calcanhar), quer na posição Tandem (Hálux encostado na borda posterior do calcanhar), a pessoa foi apoiada enquanto se posicionava, a partir do momento que a pessoa considerava que estava na posição deixava de ter apoio da parte do entrevistador, observando-se e mensurando o tempo que a mesma conseguia manter-se nessa posição, sem mexer os pés ou apoiar-se no entrevistador ou após a cronometragem decorridos 10 seg., de forma sequencial tendo em conta as posições referidas anteriormente.

As pessoas idosas no nosso estudo ao serem capazes de manter a posição dos pés em paralelo durante 10seg., foi-lhes atribuído um ponto, quando incapazes de manter a posição, foi-lhes atribuído zero pontos, acontecendo a mesma forma de mensurar na posição de semi-Tandem. Na posição de Tandem, ao conseguirem manter a posição durante 10 seg., foi-lhes atribuído 2 pontos, ao serem capazes de manter a posição durante 3 a 9 seg., foi-lhes atribuído 1 ponto e ao não serem capazes de manter a posição (< 3 seg), foi-lhes atribuído zero pontos. Nesta fase - equilíbrio estático em pé – 3 posições dos pés, a mensuração total desta avaliação parcial pode variar de zero a quatro pontos.

No segundo momento, para mensurar a velocidade de marcha, estabeleceu-se um percurso, que era assinalado no chão com uma fita de 2,4m (Guralnik, et al.,1995), fornecendo a informação de que o percurso teria que ser efectuado duas vezes,

contornando os picos colocados nas extremidades da fita colocada no chão, sendo este percurso efectuado tendo em conta o ritmo das pessoas, assim como a permissão do uso de auxiliares de marcha, após o qual foi mensurado o tempo que demoraram a realizar o percurso, atribuindo zero pontos quando não eram capazes, um ponto quando a realização do percurso foi superior ou igual a 5,7 seg., dois pontos quando o mesmo foi realizado entre 4,1 e 5,6 seg., três pontos com uma realização do percurso entre 3,2 e 4 seg. e quatro pontos quando a realização era inferior ou igual a 3,1 seg. A mensuração parcial da velocidade de marcha pode variar entre zero e quatro pontos.

No terceiro momento, onde mensuramos a função das extremidades inferiores - capacidade de se levantar de uma cadeira, foi solicitado aos participantes que cruzassem os membros superiores ao nível do peito e que se levantassem e sentassem cinco vezes o mais rápido possível, cronometrando o tempo que levaram a efectuar a actividade. Foi atribuído zero pontos, quando não conseguiam realizar o solicitado; a pontuação atribuída de um ponto, quando o tempo para a realização da actividade foi igual ou superior a 16,7 seg.; dois pontos quando a mesma foi realizada com um tempo entre 13,7 seg. e 16,6 seg.; três pontos quando a mesma foi realizada com um tempo que se cifrava entre 11,2 seg. e 13,6 seg.; quatro pontos quando o tempo para a realização do solicitado era igual ou inferior a 11,1 seg.. A mensuração parcial da função das extremidades inferiores - capacidade de se levantar de uma cadeira pode variar entre zero e quatro pontos.

O somatório do desempenho através das pontuações nos vários testes (equilíbrio, velocidade de marcha e função das extremidades inferiores - capacidade de se levantar de uma cadeira) poderá variar entre zero e doze pontos, considerando os autores que as pessoas com somatórios de desempenho de 4 a 6, tiveram 4,2 a 4,9 vezes mais probabilidades de desenvolverem incapacidade nas AVD ou incapacidade relacionada com a mobilidade do que aqueles com pontuações de 10 a 12; aquelas em que os somatórios de desempenho se situaram entre 7 e 9, tiveram 1,6 e 1,8 vezes mais probabilidades de desenvolverem incapacidade.

DEPRESSION ANXIET STRESS SCALE (DASS 21) - adaptado de Apóstolo, Mendes, e Azeredo, (2006)

A Escala de Depressão Ansiedade e Stress (DASS-21) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) (Apóstolo, 2010).

Este instrumento foi adaptado para a língua Portuguesa, de Portugal, versão curta de 21 itens (DASS-21) por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006), permitindo este avaliar

Depressão, Ansiedade e Stress, um conjunto de três sub-escalas, do tipo Likert, de 4 pontos (Escala de 0 a 3 pontos), de auto-resposta, compondo-se cada sub-escala por sete itens, permitindo, face às suas qualidades específicas, avaliar simultaneamente os três estados emocionais, em ambientes clínicos e não-clínicos em adolescentes e adultos. Os autores referenciam-se às três sub-escalas da DASS, considerando-as consistentes com o modelo tripartido, já que enumeram as três entidades, caracterizando-as, a *Depressão* como baixo afecto positivo, reduzida auto-estima e incentivo e desesperança, avaliando sintomas, como, inércia; anedonia; disforia; falta de interesse/envolvimento; auto-depreciação; desvalorização da vida e desânimo (itens – D3, D5, D10, D13, D16, D17 e D21), *Ansiedade* por estimulação fisiológica, avaliando sintomas, como excitação do sistema nervoso autónomo; efeitos músculo-esqueléticos; ansiedade situacional; experiências subjectivas de ansiedade (itens – A2, A4, A7, A9, A15, A19, A20), correspondendo esta à aproximação dos critérios de sintomas do DSM-IV para as várias perturbações de Ansiedade, com excepção da Perturbação da Ansiedade Generalizada - PAG e o *Stress* por tensão persistente, irritabilidade e baixo limiar para ficar perturbado ou frustrado, avaliando sintomas, como dificuldade em relaxar, excitação nervosa, fácil “perturbação/agitação”, “irritabilidade/reacção exagerada” e “impaciência”. (itens – S1, S6, S8, S11, S12, S14, S18).

No nosso estudo, a avaliação efectuada às pessoas através deste instrumento foi realizada pelo investigador face a face e não por auto-resposta, em virtude das condições de saúde da nossa população, pedindo às pessoas que indicassem o quanto cada enunciado se aplicava a si, durante a última semana, havendo quatro possibilidades de resposta, organizadas numa escala de 0 a 3 pontos, variando desde “0 - Não se aplicou a mim; 1- Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo; 2 Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo; 3 - Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo.”. No final, o resultado é obtido pelo score das pontuações, obtido em cada grupo de sete itens, que constituem cada uma das três sub-escalas e pelo total dos vinte e um itens (Apóstolo, 2010).

Segundo o mesmo autor, este instrumento, DASS-21, no seu estudo, revelou forte consistência interna, sendo os valores do alfa de Cronbach, de 0,90 para a *Depressão*, 0,86 para a *Ansiedade*, 0,88 para o *Stress* e 0,95 para o total da escala.

Num estudo efectuado num Centro de Saúde de uma cidade do centro de Portugal, tendo como objectivos descrever os níveis de depressão, ansiedade e stresse dos utentes e analisar a diferença de género e a relação existente entre as três variáveis referenciadas, utilizando a DASS-21, este revelou valores de correlação corrigidos, de cada item com o

total de cada sub-escala e total, superiores a 0,40 e valores de alfa de Cronbach de cada sub-escala e total entre 0,85 e 0,95 (Apóstolo, *et al.*, 2008).

A DASS-21 demonstrou propriedades psicométricas aceitáveis, forte confiabilidade, validade de critério e de constructo.

ESCALA GERIATRIA DE DEPRESSÃO (GDS-15) - adaptado de Apóstolo (2011), a partir da versão original de Sheikh e Yesavage (1986)

Este instrumento (GDS-15) é uma versão curta da escala original, tendo sido elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens, que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Adoptámos a versão em Português da GDS-15 de (Apóstolo, 2011), sendo considerada esta versão reduzida importante para rastrear estados depressivos em pessoas idosas em vários contextos, mostrando boa precisão diagnóstica. Após a adaptação dos itens ao novo contexto cultural – versão em Português da GDS-15, o autor considera um instrumento de hetero-avaliação com duas alternativas de resposta (SIM – 1 ponto ou NÃO – Zero pontos), excepto para os itens (1,5,7,11 e 13) onde o NÃO avalia-se com um ponto e SIM obtém-se score de zero, de acordo como a pessoa idosa se tem sentido ultimamente, em especial na semana anterior à avaliação (Apóstolo, 2011).

O Score calcula-se através do somatório das respostas aos quinze itens, considerando o autor que devemos ter como referência os pontos de corte da versão original (de zero a cinco – Sem depressão, superior a 5 - Com depressão) em virtude dos dados para a população Portuguesa serem exíguos.

Num estudo realizado por meio de entrevista a uma amostra de Pessoas idosas (n = 195) usuários de um Centro de Saúde, institucionalizados num dos dois lares na Região Centro de Portugal, a versão em português GDS-15, administrada conjuntamente com a DASS-21 (utilizada como critério de validação concorrente), revelou um coeficiente alpha de Cronbach de 0,83 e correlação item-total entre 0,21 e 0,61, apresentando uma correlação de 0,7 entre a sub-escala de Depressão da DASS-21 e a GDS-15 (Apóstolo, 2011).

No nosso estudo a correlação obtida entre a sub-escala de Depressão da DASS-21 e a GDS-15 foi de 0,83.

SATISFACTION WITH LIFESCALE (SWLS) - adaptado de Simões (1992).

Este instrumento de medida, configura-se como os instrumentos do género, potencialmente mais úteis e psicometricamente mais válidos, sendo originalmente elaborado por Diener e colaboradores (1985) (Simões, 1992). Este autor afirma que em Portugal este instrumento foi validado pela primeira vez por Neto *et al.*, (1990) e que o seu estudo pretendia trazer novas aproximações para a validação do mesmo, tendo como finalidades a redução para cinco o número de opções de resposta, assim como tornar o conteúdo mais compreensível, por parte de populações de nível culturalmente inferior ao do estudo realizado inicialmente por Neto *et al.*, (1990), permitindo a avaliação a outras populações, com idades e níveis culturais diversificados.

Neste sentido entendemos adaptar este instrumento de medida no nosso estudo, por ser de fácil aplicabilidade e em termos conceptuais estar subjacente a satisfação com a vida, avaliando componentes fundamentais do bem-estar subjectivo, sendo constituído por cinco itens: “ *A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse; As minhas condições de vida são muito boas; Estou satisfeito com a minha vida; Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria; Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada*”, possibilitando cinco respostas alternativas, desde “1 – Discordo Muito” até “5 – Concordo Muito”.

Este instrumento permite obter uma classificação global (mínimo 5, máximo 25), que, após a análise, quanto mais elevado for o resultado, maior será a satisfação com a vida (Simões, 1992).

SOCIAL SUPPORT QUESTIONNAIRE (SSQ6) - Sarason, I., Sarason, B., Shearin, E., e Pierce, G. (1987); adaptado da Versão Portuguesa de Pinheiro, M. R. e Ferreira, J.A. (2000)

Este instrumento consiste numa versão abreviada (com 6 itens), adquirida a partir de um questionário maior (com 27 itens), o Social Support Questionnaire ou SSQ (Sarason *et al.*, 1983). No seu estudo os autores apresentam a versão portuguesa, adaptada para a população de estudantes do ensino superior, do Social Support Questionnaire – Short Form (SSQ6; Sarason, Sarason, Shearin e Pierce, 1987), sendo a designação formal de Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6), no qual pretende avaliar aspectos percebidos e importantes da percepção do suporte social a percepção da disponibilidade das entidades de suporte (SSQ6N), possibilitando a mensuração do número de pessoas, que o indivíduo pensa possuir para o apoiarem em diversas situações e a percepção da satisfação com o suporte (SSQ6S), avaliando desta forma o

nível de satisfação, que menciona sentir em relação a esta rede de suporte. (Pinheiro & Ferreira, 2002)

Adaptámos este instrumento em virtude de ser uma versão reduzida constituindo-se esta uma vantagem em investigação, quando utilizados outros instrumentos de colheita de informação e, consequentemente, entenderem avaliar em conformidade os aspectos conceptuais do suporte social.

Neste sentido, solicitámos a autorização aos autores do respectivo instrumento de medida (Pinheiro e Ferreira, 2002) para a sua utilização efectuando alterações no que diz respeito à adequabilidade ao nosso estudo. Quanto à percepção da disponibilidade das entidades de suporte (SSQ6N) reformulámos, colocando as seguintes entidades: 1 - Cônjuge, 2 - Filho, 3 - Filha, 4 - Irmão, 5 - Irmã, 6 - Outro elemento da família, 7 - Amigo, 8 - Vizinho, 9 - Profissional /Cuidador e Ninguém. Quanto à percepção da satisfação com o suporte (SSQ6S) mantivemos como na versão original: 1 - Muito satisfeito, 2 - Insatisfeito, 3 - Algo Insatisfeito, 4 - Pouco satisfeito, 5 - Satisfeito, 6 - Muito satisfeito.

A forma de mensurar os valores obtidos por este instrumento, é tendo em conta o conjunto dos seis itens, que permitem obter um índice de percepção do suporte disponível (SSQ6N) e um índice de percepção da satisfação com o suporte social disponível (SSQ6S). Tendo em conta estes resultados parciais, eles são conseguidos dividindo a soma das pontuações nos itens por seis, obtendo-se um valor médio, designado pelos autores por Índice Numérico (SSQ6N) e Índice de Satisfação (SSQ6S) (Pinheiro e Ferreira, 2002).

Seguidamente, apresentamos os resultados obtidos ao nível da consistência interna do protocolo elaborado e os resultados descritivos obtidos para os domínios, categorias e sub-categorias do protocolo e para as escalas/instrumentos que foram aplicadas para o estudo da validade concorrente do mesmo.

3.4 – DEPURAÇÃO DOS ITENS DOS DOMÍNIOS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO PAMPI-AVC

Tendo por base esta amostra, procurámos criar um Protocolo de Avaliação Multidimensional que permita avaliar a pessoa idosa após AVC, em diferentes domínios, tais como: domínio das actividades de vida diária, domínio psicológico, domínio espiritual e domínio social. Para tal foram elaborados diversos itens referentes a cada um aspectos e que abordavam a higiene corporal, o vestir e despir, a eliminação vesical, a eliminação intestinal, o comer, o beber, o equilíbrio/controle postural, a transferência, a deambulação, as tarefas domésticas, os transportes, o conduzir, a prática desportiva e as

actividades lúdicas (tais como o cantar ou tocar instrumentos musicais), o comunicar, a responsabilidade pela medicação, os aspectos económicos/financeiros o uso do telefone e a recreação e lazer, todos relacionados com o domínio das actividades de vida diária e itens referentes ao domínio psicológico, ao domínio espiritual e ao domínio social. Inicialmente o número destes itens era bastante elevado (250), pelo que houve necessidade de depurar o instrumento, com o objectivo não apenas de reduzir o número de itens, mas, principalmente, reter aqueles que apresentavam maior pertinência e relevância para a avaliação da variável que pretendemos medir.

Este processo de depuração do instrumento envolveu i) a análise da capacidade discriminante de cada item (itens em que quase todos os inquiridos tendem a responder na mesma alternativa; são pouco ou nada discriminantes), ii) a análise da redundância entre itens (itens com elevada correlação entre si são, provavelmente, itens que tendem a avaliar o mesmo aspecto), iii) estudos de análise factorial, para a qual utilizámos o método dos componentes principais com rotações tipo varimax, (em que foi identificada a estrutura factorial do instrumento, bem como a existência de itens com baixo peso nos vários factores) e iv) a avaliação da consistência interna (que permitiu identificar itens com baixa correlação com o total dos restantes itens, que constituem o factor, assim como os itens que prejudicam a consistência interna fazendo baixar o valor do coeficiente de alpha de Cronbach). Constatámos que a eliminação de alguns dos 90 itens da escala original obedeceu a mais do que um dos critérios atrás referidos.

Com o primeiro estudo (análise da capacidade discriminante) foram retirados todos os itens, que não apresentavam diferenças estatisticamente significativas entre dois grupos extremos, ou seja, aqueles em que os inquiridos tenderam a responder de modo semelhante, assinalando a mesma alternativa. Estes itens são pouco discriminantes e, como tal, contribuem de forma pouco ou nada relevante para a diferenciação dos indivíduos.

Com a análise da correlação entre itens procurámos identificar aqueles que podiam ser considerados como redundantes, ou seja, que avaliam o mesmo aspecto, podendo ser considerados como itens repetidos apesar de terem enunciados diferentes. A análise cuidada destes itens levou-nos a retirar do protocolo os que revelaram menor pertinência.

Com base neste critério, foram eliminados itens tais como «*pretendo cumprir com as actividades do programa de reabilitação, que me foi proposto*», «*fico agitado(a) quando penso no futuro*» ou «*sinto que a minha família também sofre com a minha situação de saúde*», «*compreendo as coisas que se passam na minha vida*», «*sinto-me triste por não*

ser capaz de executar as actividades que fazia anteriormente», «tenho fé», «voltarei a sentir-me útil por ser capaz de trabalhar» ou «sinto que todos têm pena de mim».

Com estudos sucessivos de análise factorial pudemos verificar a estrutura de factores do protocolo e a forma como os itens se agrupavam para constituir os distintos factores. Foi também possível identificar os itens, que apresentavam baixo peso em todos os factores ou que apresentavam peso semelhante em mais do que um factor. Quer uns, quer outros, foram retirados do protocolo, os primeiros por serem pouco importantes para o resultado final dos factores e os segundos por evidenciarem ambiguidade.

Este critério conduziu à eliminação de itens, como, por exemplo *«viajar/passear e visitar a família», «sou capaz de fazer a caligrafia que fazia», «sinto-me insatisfeito(a) com a minha condição de saúde», «sinto que a minha vida é triste», «sinto pena de mim próprio(a) se não conseguir andar», «sinto-me triste por estar dependente dos outros», «sinto-me triste por a minha vida se ter transformado e não ser capaz de fazer as coisas que fazia anteriormente», «sinto-me triste por ser um peso para a minha família», «sinto que tenho a minha vida a andar para trás», «sinto-me triste por não ser capaz de assumir as responsabilidades das tarefas do dia-a-dia», «sinto ser um peso para a família», «sinto que estou inutilizado(a) para toda a vida», «andar é actualmente o meu maior desejo», «fico agitado(a), quando penso no futuro», «considero que a situação em que me encontro não é viver», «voltarei a ter, como tinha, a responsabilidade de trabalhar para o sustento da minha família», «continuo a ser capaz de fazer as tarefas e as obrigações do dia-a-dia», «sinto-me incapaz de realizar as actividades profissionais sozinho(a)», «não consigo melhorar o meu ânimo, mesmo com a presença da família», «sinto que a família já não gosta de mim», «sinto que não se mantém a relação que eu tinha com a minha família», «sinto que a minha família também sofre com a minha situação de saúde», «penso que a minha família está aborrecida pelo que me aconteceu», «custa-me ver a minha família desanimada pela minha situação de saúde», «sinto-me dependente da família», «resolvi uma situação de conflito com um familiar depois de ficar doente», «os amigos não me visitam por estar longe da minha residência» ou «tenho procurado assistência para satisfazer o tratamento prescrito».*

Os estudos da consistência interna permitiram identificar itens que, em cada factor, apresentavam baixa correlação com os restantes, pelo que tinham pouca importância para o resultado global do domínio, que integravam. Foi também possível identificar os itens, que não contribuíam para a homogeneidade, ou seja, contribuíam para o abaixamento da consistência interna do instrumento e dos respectivos domínios. Também estes itens foram retirados da escala. Este critério foi responsável pela eliminação da maior parte dos itens. Como exemplo dos que foram retirados podemos

referir os seguintes casos *«ter saúde é das coisas mais importantes para eu recuperar do AVC», «gostava de manter a minha energia física para desempenhar as actividades necessárias do dia-a-dia», «gostava de manter a minha energia psicológica para desempenhar as actividades necessárias do dia-a-dia», «sinto-me sem esperança quanto ao futuro», «sinto que a minha aparência física não se alterou», «não me considero uma pessoa velha/idosa», «reconheço as minhas fraquezas», «tenho vivido, na medida das minhas possibilidades», «comparo-me com outros iguais no processo de reabilitação», «sinto que sou mais estimulado(a) após o AVC», «tenho fé», «tenho procurado o Amor/Protecção de Deus», «sinto que Deus é meu amigo mas recebi pouco apoio», «penso que Deus pode ajudar na cura da minha situação de saúde», «questiono a falta de apoio de Deus na minha situação», «encontro satisfação ao pensar em Deus», «procuro a misericórdia de Deus», «esforço-me para viver a minha vida de acordo com as minhas crenças religiosas», «sinto que os amigos não gostam de mim devido às limitações que apresento», «os meus amigos já não aparecem devido à minha condição de saúde», «sinto que algumas pessoas se esqueceram de mim», «sinto pena dos meus amigos pelo que me aconteceu», «sinto que os meus amigos têm pena de mim pelo que me aconteceu», «tenho tido acesso aos cuidados de saúde necessários», «sinto-me dependente de toda a gente» ou «sinto que os profissionais/cuidadores, que me rodeiam nunca se esqueceram de mim».*

No final, o protocolo elaborado ficou constituído por 160 itens, sendo 57 referentes ao domínio Físico-funcional, 56 ao domínio Psicológico, 19 ao domínio Espiritual e 28 no domínio Social.

Nos quadros seguintes apresentamos os resultados da correlação item-total corrigida e α se o item fosse eliminado para a estrutura das categorias e subcategorias que obtivemos após os estudos anteriormente descritos. Os valores de α situam-se entre 0.657, para a categoria 1 do domínio psicológico, e 0.987 na categoria 1 do domínio das actividades. O valor médio dos quinze coeficientes situou-se nos 0.841. Para os quatro domínios, obtivemos os valores 0.987, no domínio das actividades, 0.960, no domínio psicológico, 0.941, no domínio espiritual, e 0.915, no domínio social.

Em sumula, podemos concluir que o protocolo elaborado apresenta elevada consistência interna, ou seja, revela boas propriedades psicométricas.

Tabela 1 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Físico-funcional – categoria Actividades Essenciais à Vida - AEVI)

| Itens | I | II |
|--|------|---|
| Entrar e sair da banheira / duche | 0.89 | 0.986 |
| Preparar objectos necessários ao banho | 0.90 | 0.986 |
| Lavar e secar o corpo | 0.88 | 0.986 |
| Cuidar da sua apresentação (Pentear-se, fazer a barba, escovar os dentes, cortar e limpar as unhas) | 0.76 | 0.986 |
| Escolher e ir buscar a roupa (Gavetas e armários) | 0.88 | 0.986 |
| Vestir-se (Abotoar e apertar os fechos, calçar meias, sapatos e/ou chinelos) | 0.90 | 0.986 |
| Despir-se (Retirar as roupas – desabotoar e desapertar os fechos, tirar meias e calçado) | 0.89 | 0.986 |
| Coordenar e controlar a micção | 0.58 | 0.987 |
| Manusear a roupa antes e após o ato | 0.88 | 0.986 |
| Limpar-se após o ato | 0.81 | 0.986 |
| Coordenar e controlar a defecação | 0.58 | 0.987 |
| Manusear a roupa antes e após o ato | 0.90 | 0.986 |
| Limpar-se após o acto | 0.82 | 0.986 |
| Comer (Gestos necessários para ingerir alimentos – cortar os alimentos, levá-los à boca, mastigá-los e degluti-los) | 0.48 | 0.987 |
| Beber (Gestos necessários para beber por uma chávena ou copo, levando-os à boca e beber) | 0.56 | 0.987 |
| Na posição deitado (Decúbito Dorsal) rodar para o lado afectado | 0.72 | 0.986 |
| Na posição deitado (Decúbito Dorsal) rodar para o lado não afectado | 0.73 | 0.986 |
| Da posição de deitado (Decúbito Dorsal) mover-se para a posição de sentado à beira da cama | 0.89 | 0.986 |
| Da posição de sentado mover-se para a posição de deitado (Decúbito Dorsal) | 0.86 | 0.986 |
| Da posição de sentado mover-se para a posição de pé | 0.92 | 0.986 |
| Na posição de pé curvar-se para apanhar um objecto do chão | 0.84 | 0.986 |
| Permanecer de pé sem apoio | 0.89 | 0.986 |
| Da posição de pé mover-se para a posição de sentado | 0.89 | 0.986 |
| Mover-se da cama para a cadeira e vice-versa | 0.94 | 0.986 |
| Mover-se da cama para outra cama | 0.91 | 0.986 |
| Mover-se da cadeira para o sanitário e vice-versa | 0.92 | 0.986 |
| Andar deslocando-se dentro de casa sem apoio | 0.85 | 0.986 |
| Subir e descer um lanço de escadas sem apoio (apenas apoio de corrimão ou auxiliar de marcha – muletas / bengala) | 0.81 | 0.986 |
| Andar deslocando-se dentro de casa com auxiliar de marcha sem apoio | 0.90 | 0.986 |
| Mover-se dentro de casa em cadeira de rodas sem apoio | 0.82 | 0.986 |
| Andar deslocando-se fora de casa sobre superfícies irregulares (Pisos irregulares – relva, cascalho / gravilha, areia,...) | 0.88 | 0.986 |
| Andar deslocando-se de fora de casa com auxiliar de marcha sem apoio | 0.91 | 0.986 |
| Mover-se fora de casa em cadeiras de rodas sem apoio | 0.87 | 0.986 |
| α global | | 0.987 |
| I – Correlação item-total corrigida | | II – α se o item fosse eliminado |

Tabela 2 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Físico-funcional – categoria Actividades de Vida Complementares - AVIC)

| Itens | I | II |
|---|------|---|
| Fazer as compras e adquirir os bens necessários para o seu dia-a-dia | 0.92 | 0.965 |
| Preparar os alimentos e servir refeições | 0.86 | 0.966 |
| Fazer tarefas domésticas leves (Limpar a cozinha e os utensílios...) | 0.92 | 0.965 |
| Fazer tarefas domésticas pesadas (Lavar e secar roupa, limpar a habitação) | 0.92 | 0.965 |
| Realizar actividades para manutenção na casa ou local de habitação | 0.88 | 0.967 |
| Utilizar ferramentas necessárias para as reparações na manutenção da habitação | 0.85 | 0.967 |
| Realizar tarefas para obter alimentos da actividade agrícola (Cultivar produtos alimentares para consumo pessoal – plantar, regar, ...) | 0.85 | 0.967 |
| Cuidar de animais domésticos e de estimação | 0.83 | 0.967 |
| Utilizar transporte público sozinho/a | 0.92 | 0.965 |
| Utilizar transporte público acompanhado/a | 0.82 | 0.968 |
| Utilizar apenas transportes privados (Táxi, automóvel de familiares, ...) | 0.81 | 0.968 |
| Para conduzir o seu carro, tractor, outro... | 0.65 | 0.970 |
| Para praticar actividade física – Qual? _____ | 0.86 | 0.966 |
| Tocar instrumento musical – Qual? _____ | 0.52 | 0.972 |
| α global | | 0.969 |
| I – Correlação item-total corrigida | | II – α se o item fosse eliminado |

Tabela 3 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Físico-funcional categoria Actividades de Vida Complexas - AVIComp)

| Itens | I | II |
|---|------|---|
| Conversar com as pessoas que se encontram junto de si | 0.35 | 0.919 |
| Conversar com as pessoas da sua comunidade | 0.41 | 0.916 |
| Cumprir a prescrição da medicação (medicamento, dose e horas corretas) | 0.71 | 0.900 |
| Lidar com dinheiro para fazer as compras do dia-a-dia | 0.83 | 0.893 |
| Gerir aspectos económicos (manter conta bancária, fazer negócios, ...) | 0.83 | 0.893 |
| Controlar os recursos económicos (garantir segurança económica face aos rendimentos) | 0.81 | 0.894 |
| Utilizar com uma ou ambas as mãos o telefone (por iniciativa pessoal) | 0.74 | 0.898 |
| Digitar os números do telefone da pessoa que quer contactar (Filhos, netos, amigos, resolução de um assunto, ...) | 0.78 | 0.896 |
| Participar em actividades recreativas com as pessoas que se encontravam à sua volta (passeios, grupos de convívio, ...) | 0.64 | 0.904 |
| Ocupar o tempo livre com actividades recreativas e de lazer | 0.65 | 0.904 |
| α global | | 0.911 |
| I – Correlação item-total corrigida | | II – α se o item fosse eliminado |

Tabela 4 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Cognitivo-Motor)

| Itens | I | II |
|--|------|---|
| Sou capaz de me manter atento(a) a ver televisão | 0.29 | 0.568 |
| Compreendo o que leio (jornal, documentos...) | 0.42 | 0.369 |
| Sou capaz de escrever como escrevia | 0.42 | 0.372 |
| α global | | 0.657 |
| I – Correlação item-total corrigida | | II – α se o item fosse eliminado |

Tabela 5 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Percepção Estado de Saúde)

| Itens | I | II |
|--|---|-------|
| Ainda tenho saúde para viver os anos que me restam | 0.65 | 0.928 |
| Ainda tenho saúde para fazer as coisas que fazia anteriormente | 0.50 | 0.930 |
| Ainda posso viver sozinho(a) na minha própria casa | 0.60 | 0.929 |
| Consigo controlar a minha ansiedade | 0.56 | 0.929 |
| Sinto auto-confiança apesar das limitações que tenho | 0.55 | 0.929 |
| Agora sinto que estou a melhorar a minha situação de saúde | 0.51 | 0.930 |
| Sinto ter possibilidades na recuperação da minha situação de saúde | 0.59 | 0.929 |
| Sinto que tenho suficiente auto-estima | 0.54 | 0.930 |
| Sinto-me desanimado(a) comigo próprio(a) | 0.57 | 0.929 |
| Sinto uma infelicidade quanto à minha situação actual de saúde | 0.69 | 0.927 |
| Sinto falta de confiança quanto à minha recuperação | 0.46 | 0.931 |
| Sinto-me triste por não ser capaz de executar as actividades que fazia anteriormente | 0.62 | 0.929 |
| Sinto-me abatido(a) | 0.65 | 0.928 |
| Sinto-me triste quando me comparo com os outros que andam | 0.62 | 0.928 |
| Sinto-me melhor em casa mas vivo triste | 0.57 | 0.929 |
| Sinto-me triste por estar a dar trabalho à família | 0.69 | 0.927 |
| Sinto-me triste por não poder ajudar os outros | 0.56 | 0.929 |
| Sinto-me triste por querer mexer-me e não poder | 0.74 | 0.926 |
| Sinto-me triste por deixar de realizar os projectos que tinha para a minha vida | 0.55 | 0.930 |
| Sinto que não sou velho mas estou destroçado(a) | 0.53 | 0.930 |
| Não me convenço que vou ficar bom(a) | 0.62 | 0.928 |
| Confio pouco nas minhas capacidades | 0.61 | 0.929 |
| Sinto medo de ficar como estou | 0.59 | 0.929 |
| Sinto que os outros me vêem de maneira diferente | 0.47 | 0.931 |
| α global | 0.932 | |
| I – Correlação item-total corrigida | II – α se o item fosse eliminado | |

Tabela 6 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Percepção de Bem Estar)

| Itens | I | II |
|--|---|-------|
| Tinha projectos de vida que agora não posso concretizar | 0.35 | 0.828 |
| Sinto-me Pessoa mesmo com as limitações que tenho | 0.40 | 0.825 |
| Não me considero diminuído psicologicamente pelas limitações que tenho | 0.48 | 0.819 |
| Sinto motivos de satisfação mesmo tendo as limitações que tenho | 0.70 | 0.805 |
| Sinto-me confiante no dia-a-dia | 0.64 | 0.808 |
| Considero-me uma pessoa com valor | 0.64 | 0.809 |
| Sinto que o meu corpo continua aquilo que era | 0.41 | 0.825 |
| Não me sinto dependente dos outros | 0.47 | 0.822 |
| Sinto que vou voltar a ser aquilo que era | 0.43 | 0.823 |
| Sinto-me bem comigo próprio(a) | 0.60 | 0.810 |
| Sinto falta de interesse pelo que me rodeia | 0.45 | 0.822 |
| Sinto medo quando penso no futuro | 0.40 | 0.826 |
| Cresci do ponto de vista pessoal com a minha situação de saúde | 0.34 | 0.828 |
| α global | 0.831 | |
| I – Correlação item-total corrigida | II – α se o item fosse eliminado | |

Tabela 7 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Percepção da Relação com os Outros)

| Itens | I | II |
|---|-------|---|
| Sinto que sou capaz de manter as responsabilidades da minha vida do dia-a-dia | 0.61 | 0.751 |
| Sinto que tenho pessoas que me admiram | 0.55 | 0.775 |
| Sinto que continuo a ser útil aos outros | 0.75 | 0.687 |
| Sinto-me igual em relação aos outros | 0.57 | 0.769 |
| α global | 0.797 | |
| I – Correlação item-total corrigida | | II – α se o item fosse eliminado |

Tabela 8 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Sentido de Autonomia)

| Itens | I | II |
|--|-------|---|
| Sinto que já consigo adquirir o domínio de actividades do dia-a-dia | 0.54 | 0.725 |
| Posso tomar decisões por mim próprio(a) | 0.60 | 0.708 |
| Sinto confiança para controlar a minha vida | 0.61 | 0.695 |
| Sinto que faço novamente as actividades que desempenhava anteriormente no dia-a-dia com naturalidade | 0.56 | 0.712 |
| Penso em recuperar o lado afectado para poder assumir as responsabilidades de realizar tarefas | 0.40 | 0.765 |
| α global | 0.764 | |
| I – Correlação item-total corrigida | | II – α se o item fosse eliminado |

Tabela 9 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Psicológico – categoria Perspectivas Futuras)

| Itens | I | II |
|--|-------|---|
| Penso ainda realizar os projectos que tinha para a minha vida | 0.64 | 0.684 |
| Tenho projectos para o futuro | 0.47 | 0.724 |
| Sinto-me feliz por ter esperança de conseguir andar pelos próprios meios | 0.41 | 0.736 |
| Tenho cada vez mais preocupação com as minhas capacidades motoras | 0.31 | 0.753 |
| Sinto falta de confiança no futuro | 0.61 | 0.692 |
| Tenho esperança de poder assumir as responsabilidades das tarefas que desempenhava anteriormente | 0.60 | 0.692 |
| Sinto que precisava de ser estimado(a) agora na velhice | 0.28 | 0.769 |
| α global | 0.753 | |
| I – Correlação item-total corrigida | | II – α se o item fosse eliminado |

Tabela 10 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Espiritual – categoria Religiosidade)

| Itens | I | II |
|--|-------|---|
| Participar em actividades religiosas ajuda-me a dar sentido à minha vida | 0.64 | 0.958 |
| Acredito no poder divino | 0.87 | 0.951 |
| Peço diariamente apoio do poder divino | 0.76 | 0.955 |
| Tenho procurado em Deus força / apoio para resolver os meus problemas | 0.86 | 0.951 |
| Penso que Deus pode ajudar na cura da minha situação de saúde | 0.79 | 0.953 |
| Deus é meu amigo, sinto o seu amor | 0.77 | 0.954 |
| Peço a Deus que me liberte dos meus pensamentos negativos | 0.69 | 0.957 |
| Procuo em Deus conforto para a minha situação de saúde | 0.88 | 0.950 |
| Ter confiança em Deus faz-me sentir bem | 0.90 | 0.950 |
| Ter fé em Deus faz-me ter esperança na recuperação | 0.81 | 0.953 |
| Peço a Deus que tenha compaixão de mim | 0.871 | 0.950 |
| α global | 0.957 | |
| I – Correlação item-total corrigida | | II – α se o item fosse eliminado |

Tabela 11 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Espiritual – categoria Positividade no Sentido de Vida)

| Itens | I | II |
|---|---|-------|
| Sinto-me satisfeito(a) com a vida | 0.62 | 0.787 |
| Acredito que existe uma força espiritual superior | 0.48 | 0.805 |
| Acredito no meu destino | 0.47 | 0.807 |
| Consigo dar sentido à minha vida | 0.58 | 0.791 |
| Participar em actividades espirituais ajuda-me a dar sentido à minha vida | 0.50 | 0.803 |
| Tentei ultrapassar as dificuldades com o que mais me identificava espiritualmente | 0.56 | 0.794 |
| Sinto que vale a pena viver um dia de cada vez | 0.55 | 0.795 |
| A minha vida foi útil | 0.55 | 0.796 |
| α global | 0.818 | |
| I – Correlação item-total corrigida | II – α se o item fosse eliminado | |

Tabela 12 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Social – categoria Status/papéis)

| Itens | I | II |
|--|---|-------|
| Ainda me sinto uma pessoa produtiva no dia-a-dia | 0.71 | 0.794 |
| A minha família ainda me deixa fazer algumas actividades | 0.46 | 0.833 |
| Voltarei a ter, como tinha, a responsabilidade de trabalhar para o sustento da minha família | 0.55 | 0.821 |
| Continuo a ser capaz de realizar as actividades profissionais que realizava anteriormente | 0.59 | 0.814 |
| Tenho dificuldade em fazer coisas próprias da minha idade | 0.65 | 0.806 |
| Sinto-me inútil por não poder trabalhar | 0.45 | 0.838 |
| Sinto que não sou capaz de assumir as responsabilidades que tinha anteriormente | 0.73 | 0.790 |
| α global | 0.837 | |
| I – Correlação item-total corrigida | II – α se o item fosse eliminado | |

Tabela 13 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Social – categoria Relações de proximidade - subcategoria Percepção do Relacionamento Familiar)

| Itens | I | II |
|--|---|-------|
| Sinto que já não poderei ser útil à minha família | 0.49 | 0.652 |
| Sinto que a minha família não acredita na minha recuperação | 0.56 | 0.639 |
| Sinto-me só mesmo quando estou na presença de outras pessoas | 0.56 | 0.631 |
| Sinto-me triste por não poder ajudar a minha família | 0.38 | 0.687 |
| Sinto que não posso estar em casa com a minha família | 0.36 | 0.697 |
| Sinto falta de pessoas significativas para me ajudarem | 0.34 | 0.700 |
| α global | 0.707 | |
| I – Correlação item-total corrigida | II – α se o item fosse eliminado | |

Tabela 14 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Social – categoria Relações de proximidade – subcategoria Percepção do Relacionamento da Rede Social)

| Itens | I | II |
|--|-------|---|
| Sinto-me desanimado(a) mesmo com a presença dos amigos | 0.65 | 0.824 |
| Considero que já não tenho amigos | 0.64 | 0.827 |
| Não gosto de aparecer assim aos meus amigos | 0.70 | 0.819 |
| Sinto que os meus amigos não acreditam na minha recuperação | 0.64 | 0.826 |
| Há pessoas que me dizem coisas que me magoam | 0.43 | 0.847 |
| Não sinto satisfação nos relacionamentos com pessoas que estão à minha volta | 0.58 | 0.831 |
| Sinto que não se mantem a relação que eu tinha com os meus amigos | 0.49 | 0.839 |
| Sinto que as pessoas que me rodeiam esqueceram-se de mim | 0.58 | 0.831 |
| Sei que os amigos me apoiam mesmo estando doente | 0.28 | 0.853 |
| Procuo estar com os amigos para me divertir | 0.53 | 0.835 |
| α global | 0.848 | |
| I – Correlação item-total corrigida | | II – α se o item fosse eliminado |

Tabela 15 - Estudo da consistência interna do PAMPI-AVC (Domínio Social – categoria Relações de proximidade – subcategoria Percepção do Relacionamento com Serviços de Cuidados)

| Itens | I | II |
|--|-------|---|
| Confio nos cuidados de saúde prestados | 0.77 | 0.778 |
| Sinto que tenho a assistência necessária quanto à minha situação de saúde | 0.61 | 0.825 |
| Tento ser cooperante na resolução de problemas com os profissionais de saúde | 0.63 | 0.820 |
| Preocupo-me em obedecer às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde | 0.61 | 0.825 |
| Sinto que com a ajuda dos profissionais consigo recuperar | 0.65 | 0.816 |
| α global | 0.845 | |
| I – Correlação item-total corrigida | | II – α se o item fosse eliminado |

3.5 – ESTRUTURA FINAL DO PAMPI-AVC

A estrutura final do instrumento, que designamos como PAMPI-AVC, comporta um questionário de 6 partes (Anexo II).

Na primeira parte manteve-se a estrutura e as questões relatadas no ponto desta dissertação 2.8 – Proposta de instrumento para estudos subsequentes. Ou seja, 15 questões de caracterização sociodemográfica colhendo informação sobre: idade; sexo; estado conjugal; religião; condições habitacionais antes do episódio do AVC; tipo de habitação; antes do AVC com quem morava; número de membros do agregado familiar; natureza da relação familiar; tipo de ajuda em caso de necessidade. A estas questões seguem-se perguntas sobre aspectos biológicos e de saúde, tais como: tipo de AVC, tempo decorrido após AVC, local de permanência após AVC, tipologias da unidade de internamento – RNCCI, medidas antropométricas, peso, altura, IMC; se toma medicamentos e quais, história prévia de depressão ou outras situações de saúde mental, percepção actual do estado de saúde.

Na segunda parte do instrumento mantiveram-se também as questões relacionadas com a dor, a visão, a avaliação da aptidão muscular e da actividade psicomotora, e actividades de vida.

As actividades de vida são aqui questionadas em três categorias. *Actividades Essenciais de Vida* (AEVI), *Actividades de Vida Complementares* (AVIC), *Actividades de Vida Complexas* (AVIComp). Em todos os itens perguntava-se “qual a capacidade para” e “com que frequência necessidade de ajuda” e em ambos os aspectos pedia-se a localização numa escala tipo Likert de cinco pontos cada, respectivamente, “nada/nenhuma, baixa, média, elevada, total” e “nunca/raramente, algumas vezes, muitas vezes, quase sempre, sempre”.

As *Actividades Essenciais de Vida* (AEVI) são questionadas com 33 itens, em subcategorias como higiene corporal (4), vestuário (3), eliminação vesical (3), eliminação intestinal (3), comer (1), beber (1), equilíbrio/controlo postural (8), transferências (3), deambulação/andar (7). Em relação ao questionário da versão antes do seu estudo com trabalho de campo a subcategoria recreação e lazer com dois itens estava aqui agregada transitando agora para as *Actividades de Vida Complexas* (AVIComp).

As *Actividades de Vida Complementares* (AVIC) caracterizam-se na versão definitiva com as respostas a 14 itens, assim distribuídos: tarefas domésticas (8), transportes (3), (mantendo uma estrutura igual à primeira versão) a que acresceu a categoria, com as subcategorias, conduzir (1), prática desportiva (1), cantar e tocar instrumentos (1) (transitadas das actividades de vida complexas na versão anterior).

Os aspectos económico-financeiros (3), responsabilidade pela medicação (1) e uso do telefone (2) foram transferidos para as *Actividades de Vida Complexas* (AVIComp) nesta versão definitiva a que se juntou recreação e lazer (2), mantendo-se a subcategoria comunicar (2), assim as *Actividades de Vida Complexas* (AVIComp) ficam constituídas por 10 itens.

Em relação às actividades de vida temos assim um total de 57 itens (AEVI 33; AVIC 14; AVIComp 10), na primeira versão contávamos com 58 itens (AEVI 35; AVIC 17; AVIComp 6).

A parte III do instrumento relativo ao domínio psicológico ficou constituída por três itens na categoria cognitivo-motor (5 na primeira versão); na percepção do estado de saúde 21 itens (46 na primeira versão); percepção do bem-estar 13 itens (28 na primeira versão); percepção da relação com os outros 4 itens (12 na primeira versão); sentido de autonomia 5 itens (6 na primeira versão); perspectivas futuras 7 itens (4 na primeira versão).

Numa quarta parte recolhe-se informação no domínio espiritual através de 19 itens cotados de 1 a 5 (escala tipo Likert) entre o discordo totalmente e o concordo totalmente, comportando as categorias religiosidade com 11 itens (19 na versão anterior); positividade do sentido de vida 8 itens (10 na versão anterior).

De seguida numa V parte, questiona-se em relação ao domínio social através de 28 itens cotados como nas categorias anteriores e distribuídos pelas seguintes categorias e subcategorias: status/papéis 7 itens (11 na primeira versão); relações de proximidade/percepção do relacionamento familiar 6 itens (15 na primeira versão); relações de proximidade/percepção do relacionamento da rede social 10 itens (15 na primeira versão); relações de proximidade/percepção do relacionamento com os serviços de cuidados 5 itens (9 na primeira versão).

Por último uma sexta parte com a caracterização socioeconómica questionada através de 5 perguntas relativas à profissão; ao nível de escolaridade; de onde provêm os rendimentos individuais; se os rendimentos económicos são suficientes para: “Despesas correntes (alimentação, manutenção da casa, outras)”, “Despesas de saúde”, “Despesas com outros (cônjuge, filhos e outros)”, “Encargo com instituição de acolhimento”, e nível sócio-económico.

Quadro 8 - Número de questões, escalas e itens do PAMPI-AVC e da 1ª versão

| | PAMPI-AVC | 1ª Versão |
|--|--|--|
| I parte - caracterização sociodemográfica | 15 questões | 15 questões |
| II parte: dor, visão, visão, a avaliação da aptidão muscular e da actividade psicomotora | Dor: 2 questões + 1 escala Visão: 5 itens AAM: (registo FM e ADM) Act. Psicomotora: 4 itens | Dor: 2 questões + 1 escala Visão: 5 itens AAM: (registo FM e ADM) Act. Psicomotora: 4 itens |
| II parte AEVI | 33 itens | 35 itens |
| II parte AVIC | 14 itens | 17 itens |
| II parte AVIComp | 10 itens | 6 itens |
| III parte - domínio psicológico | 56 itens | 99 itens |
| IV parte - domínio espiritual | 19 itens | 38 itens |
| V parte – domínio social | 28 itens | 50 itens |
| VI parte - caracterização sócio-económica | 5 questões | 5 questões |
| Totais | 22 questões 1 escala de dor Registo FM e ADM 169 itens | 22 questões 1 escala de dor Registo FM e ADM 254 itens |

3.6 - RESULTADOS OBTIDOS NOS DOMÍNIOS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO PAMPI-AVC

A análise dos resultados permite-nos verificar que no *domínio Físico-funcional*, a categoria 2 foi aquela em que os inquiridos evidenciaram pontuações mais baixas (13.39 ± 20.72), enquanto na categoria 3 os indivíduos revelaram melhor pontuação (46.79 ± 24.90).

No *domínio Psicológico*, a categoria 2 foi aquela em que os elementos da amostra revelaram menor pontuação (49.09 ± 17.56) e na categoria 4 verificou-se o oposto (60.37 ± 21.40).

Para o *domínio Espiritual*, as pontuações das duas categorias são semelhantes, mas na categoria 1 os inquiridos evidenciaram melhor pontuação (77.43 ± 19.35).

Para o *domínio Social* observamos valores médios, que se situaram entre 42.78 ± 20.53 , na categoria 1, e (84.38 ± 11.84), na categoria 2, subcategoria 3, ou seja, na primeira os indivíduos evidenciaram pior pontuação e na última ocorreu a situação oposta.

Os resultados ao nível do global dos domínios permitem-nos constatar que os elementos, que constituem a amostra, evidenciaram pior pontuação ao nível das actividades de vida, domínio físico-funcional, e melhor em termos espirituais e sociais.

De salientar que as pontuações no domínio Físico-funcional apresentaram valores bastante inferiores (33.15 ± 24.39) aos dos restantes domínios, pelo que podemos afirmar que as pessoas idosas, após AVC, ficam principalmente limitados na sua capacidade em termos do domínio das actividades de vida.

Constatamos, ainda, pelos resultados do teste de normalidade, que a maioria das categorias e subcategorias dos domínios não apresentaram distribuições de frequência próximas da distribuição normal.

Tabela 16 - Resultados nos domínios categorias e subcategorias do PAMPI-AVC

| Variáveis | X _{min} | X _{máx} | \bar{x} | Md | s | P |
|--|------------------|------------------|-----------|-------|-------|--------------|
| D. Físico-funcional – Actividades essenciais à vida (AEVI) | 0.76 | 100.00 | 37.40 | 25.44 | 29.97 | 0.000 |
| D. Físico-funcional –Actividades de vida complementares (AVIC) | 0.00 | 87.80 | 13.39 | 3.72 | 20.72 | 0.000 |
| D. Físico-funcional –Actividades de vida complexas (AVIcomp) | 4.58 | 100.00 | 46.79 | 37.08 | 24.90 | 0.000 |
| Actividades de vida global | 1.61 | 94.66 | 33.15 | 24.31 | 24.89 | 0.000 |
| D. Psicológico – Cognitivo motor | 0.00 | 100.00 | 55.68 | 58.33 | 24.74 | 0.200 |
| D. Psicológico –Percepção de estado saúde | 4.17 | 96.88 | 49.09 | 47.40 | 17.56 | 0.000 |
| D. Psicológico – Percepção de bem-estar | 11.54 | 100.00 | 58.28 | 55.77 | 15.03 | 0.078 |
| D. Psicológico –Percepção relação com os outros | 6.25 | 100.00 | 60.37 | 62.50 | 21.40 | 0.001 |
| D. Psicológico - Sentido de autonomia | 0.00 | 100.00 | 56.93 | 55.00 | 18.67 | 0.052 |
| D. Psicológico - Perspectivas futuras | 0.00 | 96.43 | 52.19 | 51.79 | 17.57 | 0.018 |
| Domínio psicológico global | 7.59 | 92.86 | 53.47 | 50.89 | 15.49 | 0.084 |
| D. Espiritual - Religiosidade | 2.27 | 100.00 | 77.43 | 80.68 | 19.35 | 0.000 |
| D. Espiritual – Positividade do Sentido de vida | 25.00 | 100.00 | 72.37 | 71.88 | 14.62 | 0.004 |
| Domínio espiritual global | 14.47 | 100.00 | 75.30 | 78.29 | 15.81 | 0.010 |
| D. Social - Status/papéis | 0.00 | 100.00 | 42.78 | 39.29 | 20.53 | 0.002 |
| D. Social – Relações de Proximidade - Percepção Relacionamento familiar | 0.00 | 100.00 | 55.54 | 54.17 | 18.88 | 0.083 |
| D. Social – Relações de Proximidade - Percepção Relacionamento da rede social | 10.00 | 100.00 | 67.87 | 70.00 | 16.40 | 0.012 |
| D. Social – Relações de Proximidade - Percepção Relacionamento com os serviços de cuidados | 45.00 | 100.00 | 84.38 | 80.00 | 11.84 | 0.000 |
| Domínio social global | 11.61 | 96.43 | 61.90 | 61.61 | 14.20 | 0.200 |

3.7 – RESULTADOS OBTIDOS COM OS INSTRUMENTOS PADRONIZADOS

No presente estudo foram aplicados diversos instrumentos padronizados tal como foi referido no ponto (subcapítulo) 3.3. A utilização destes instrumentos teve como principal objectivo permitir-nos estudar a validade concorrente do protocolo de avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC – PAMPI-AVC, que nos propusemos desenvolver.

Os resultados que constituem a Tabela 17 resumem, em termos descritivos, os dados observados para aqueles instrumentos no presente estudo.

Como podemos constatar, para o *MMSE* foram observados valores compreendidos entre 18 e 30 pontos, sendo o valor médio 26.23 ± 2.81 pontos. Metade dos inquiridos

apresentou valores iguais ou superiores a 27.00 pontos. Aplicando os critérios definidos pelo autor e anteriormente referidos, podemos constatar que nenhum dos elementos da amostra evidenciou defeito cognitivo.

No que concerne ao *índice de Barthel*, verificamos resultados compreendidos entre 10.00 e 100.00 pontos, sendo o valor médio 55.58 ± 28.89 pontos e 50.0% dos inquiridos obtiveram, pelo menos, 50.00 pontos.

Para a *escala de Lawton* observámos um valor médio de 15.15 ± 5.20 pontos, sendo o valor mediano 13.00 pontos. Os dados observados situaram-se entre 9.00 e 27.00 pontos.

Relativamente à *escala de Tinetti*, constatamos valores compreendidos entre 0.00 e 28.00 pontos, sendo o valor médio 10.39 ± 8.93 pontos. Metade dos indivíduos apresentou, pelo menos, 6.50 pontos.

Quanto ao *índice de Rivermead*, verificamos dados entre 0.00 e 15.00 pontos, sendo o valor médio 5.67 ± 4.80 pontos e mediana 5.00 pontos.

Para o *SPPB* foram registados valores compreendidos entre 0.00 e 12.00 pontos, tendo como valor médio 2.98 ± 3.10 pontos e como mediana 2.00 pontos.

Para a dimensão referente à *depressão da escala DASS-21*, foram observados valores compreendidos entre 0.00 e 21.00 pontos, sendo a média 4.93 ± 4.59 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve resultados iguais ou inferiores a 4.00 pontos. Na dimensão relativa à *ansiedade/stresse* da mesma escala, foram registados valores compreendidos entre 0.00 e 35.00 pontos, sendo o valor médio 7.20 ± 7.33 pontos. Metade das pessoas, que colaboraram no estudo obteve, no máximo, 6.00 pontos. Se considerado individualmente a *ansiedade* e o *stresse* os valores médios são respectivamente 2.82 ± 3.19 e 4.39 ± 4.51 .

Ao nível da *escala GDS-15* foram observados valores compreendidos entre 0.00 e 15.00 pontos, tendo como valor médio 6.59 ± 4.17 pontos e como mediana o valor 6.00 pontos.

Em termos da *escala SWLS* foram observados valores entre 7.00 e 25.00 pontos, sendo a média 17.25 ± 4.83 pontos e a mediana 17.50 pontos.

Na *escala SSQ6N* foram registados valores, que se situaram entre 0.67 e 4.83 pontos, tendo como valor médio 1.86 ± 0.79 pontos. Metade dos elementos da amostra apresentou valores iguais ou superiores a 1.83 pontos. Na mesma escala mas na dimensão relativa à satisfação foram observados valores compreendidos entre 3.50 e 6.00 pontos e metade dos inquiridos obteve, no máximo, 5.42 pontos. O valor médio situou-se nos 5.42 ± 0.55 pontos.

Como podemos também constatar, os resultados do teste de normalidade revelaram que todas as escalas apresentaram distribuição de frequências, tendo-se afastado significativamente da distribuição normal ou gaussiana.

Tabela 17 - Resultados dos instrumentos padronizados

| Variáveis | X_{\min} | X_{\max} | \bar{x} | Md | s | p |
|---|------------|------------|-----------|-------|-------|------------------|
| Mini Mental State Examination (MMSE) | 18.00 | 30.00 | 26.23 | 27.00 | 2.81 | <0.001 |
| Índice de Barthel (Barthel) | 10.00 | 100.00 | 55.58 | 50.00 | 27.66 | <0.001 |
| Escala das atividades instrumentais da vida diária de Lawton (Lawton) | 9.00 | 27.00 | 15.15 | 13.00 | 5.20 | <0.001 |
| Escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (Tinetti) | 0.00 | 28.00 | 10.39 | 6.50 | 8.93 | <0.001 |
| Índice de mobilidade de Rivermead (Rivermead) | 0.00 | 15.00 | 5.67 | 5.00 | 4.80 | <0.001 |
| Short Physical Performance Battery (SPPB) | 0.00 | 12.00 | 2.98 | 2.00 | 3.10 | <0.001 |
| Depression Anxiety Stress Scale (DASS21-Depressão) | 0.00 | 21.00 | 4.93 | 4.00 | 4.59 | <0.001 |
| Depression Anxiety Stress Scale (DASS21-Ansiedade/Stress) | 0.00 | 35.00 | 7.20 | 6.00 | 7.33 | <0.001 |
| Depression Anxiety Stress Scale (DASS21-Stresse) | 0.00 | 18.00 | 4,39 | 300 | 4.51 | |
| Depression Anxiety Stress Scale (DASS21-Ansiedade) | 0.00 | 17.00 | 2,82 | 2.00 | 3,19 | |
| Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15) | 0.00 | 15.00 | 6.59 | 6.00 | 4.17 | 0.001 |
| Satisfaction With Life Scale (SWLS) | 7.00 | 25.00 | 17.25 | 17.50 | 4.83 | 0.014 |
| Social Support Questionnaire (SSQ6N) | 0.67 | 4.83 | 1.86 | 1.83 | 0.79 | <0.001 |
| Social Support Questionnaire (SSQ6S) | 3.50 | 6.00 | 5.42 | 5.42 | 0.55 | <0.001 |

3.8 – ESTUDO DA VALIDADE DO PROTOCOLO PAMPI-AVC

Após estes estudos procedemos à análise da validade concorrente do instrumento PAMPI-AVC correlacionando os seus resultados nas diversas categorias e subcategorias com os resultados de outros instrumentos já validados e padronizados, nomeadamente *MMSE*, *Índice de Barthel*, *escala de Lawton*, *escala de Tinetti*, *Índice de mobilidade Rivermead*, *SPPB*, *DASS-21*, *GDS-15*, *SWLS* e *SSQ-6*.

Os resultados mostram, na maioria dos casos, correlações altamente significativas (Tabelan.º 18). O facto de a maioria das correlações serem estatisticamente significativas permite-nos concluir que o instrumento, que desenvolvemos tende a produzir resultados

semelhantes aos obtidos com os instrumentos já validados e padronizados, ou seja, concluímos que o protocolo de avaliação multidimensional da pessoa Idosa após AVC, que desenvolvemos, revela boa validade concorrente.

Em particular e especificando, observamos que as subcategorias de actividade de vida, essenciais, complementares e complexas, do domínio físico-funcional apresentam correlações fortes, positivas e de forma muito significativa ($p < 0.001$) com as escalas *Barthel*, *Lawton*, *Tinetti*, *Rivermead* e *SPPB*.

No domínio Psicológico as categorias “*cognitivo-motor*”, “*sentido de autonomia*” e as “*perspectivas futuras*” correlacionam-se positivamente e de forma muito significativa ($p < 0.001$) com os valores do MMSE. Também neste domínio as categorias percepção do estado de saúde e percepção do bem-estar correlacionam-se negativamente e de forma muito significativa ($p < 0.001$) com os valores da depressão, stresse e ansiedade (DASS-21) e positivamente com a escala de satisfação com a vida (SWLS) de forma também muito significativa ($p < 0.001$).

A percepção da relação com o outro (do domínio Psicológico) correlaciona-se de forma positiva e com elevada significância ($p < 0.001$) com as actividades instrumentais de vida (escala de Lawton), satisfação com a vida (SWLS), e com o suporte social (SSQ6N – SSQ6S).

As categorias “*sentido de autonomia*” e “*perspectivas futuras*” correlacionam-se positivamente e de forma muito significativa ($p < 0.001$) com o MMSE, Independência funcional (Barthel), com as actividades instrumentais de vida (Lawton), satisfação com a vida (SWLS), ainda com forte correlação, mas negativa com a depressão geriátrica, e também com uma correlação positiva significativa ($p = 0.034$ e $p = 0.004$) com a percepção da disponibilidade de suporte social (SSQ6N).

No domínio Espiritual, a categoria “*religiosidade*” correlaciona-se de forma negativa com a depressão geriátrica ($p = 0.032$) e a categoria “*positividade do sentido de vida*” correlaciona-se muito significativamente ($p < 0.001$) e de forma positiva com a satisfação com a vida (SWLS) e negativamente com a depressão geriátrica (GDS15). Ainda encontramos na categoria “*positividade no sentido de vida*” correlações positivas significativas ($p = 0.031$) com as actividades instrumentais de vida (Lawton).

No domínio Social, as categorias, “*Status/papéis*”, “*Relações de proximidade*” (subcategorias -percepção do relacionamento familiar, percepção do relacionamento da rede social, e a percepção do relacionamento com serviços de cuidados), correlacionam-se bem (correlações muito significativas $p < 0.001$ e significativas $p = 0.004$; $p = 0.015$) de forma positiva com escalas Barthel, Lawton, SWLS, ansiedade e stresse da DASS-21, e

de forma negativa com a depressão (DASS-21) e depressão geriátrica (GDS15). Neste domínio a percepção da disponibilidade com o suporte social (SSQ6N) correlaciona-se positivamente e com significado com a categoria “*Status/papéis*” e as subcategorias das “*Relações de proximidade*” - relacionamento familiar e relacionamento da rede social, mas não com o relacionamento com os serviços de cuidados. A percepção da satisfação com o suporte social só se correlaciona positivamente com a categoria “*Status/papéis*”.

O conjunto de correlações encontradas entre as categorias e subcategorias do PAMPI-AVC e os valores das escalas, índices e demais instrumentos utilizados, permitem, pelos níveis de significância altos e muito altos, pela coerência teórica, pela direcção das correlações de alguma forma, validar concorrentemente o protocolo de avaliação multidimensional para a pessoa idosa após AVC.

Tabela 18 - Resultados do estudo da correlação entre as categorias e subcategorias do PAMPI-AVC e os instrumentos padronizados

| Variáveis | MMSE | Barthel | Lawton | Tinetti | Rivermead | SPPB | DASS 21 Depressão | DASS 21 Ansiedade | Stress | GDS-15 | SWLS | SSQ-6N | SSQ-6S |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------|----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------|
| Físico-funcional Act.essenciais vida | | +0.87 (0.000) | | +0.82 (0.000) | +0.80 (0.000) | +0.78 (0.000) | | | | | | | |
| Físico-funcional Act.de vida complem. | | | +0.67 (0.000) | +0.71 (0.000) | +0.74 (0.000) | +0.69 (0.000) | | | | | | | |
| Físico-funcional Act.de vida complexas | | | +0.81 (0.000) | +0.61 (0.000) | +0.60 (0.000) | +0.55 (0.000) | | | | | | | |
| Psicológico funcional Cognitivo motor | +0.44 (0.000) | | | | | | | | | | | | |
| Psicológico funcional Percepção estado saúde | | +0.54 (0.000) | +0.65 (0.000) | | | | -0.61 (0.000) | -0.54 (0.000) | -0.73 (0.000) | +0.54 (0.000) | | | |
| Psicológico funcional Percepção de bem-estar | | +0.45 (0.000) | +0.53 (0.000) | | | | -0.58 (0.000) | -0.37 (0.000) | -0.63 (0.000) | +0.41 (0.000) | | | |
| Psicológico funcional Percepção da relação com o outro | | | +0.57 (0.000) | | | | | | | +0.42 (0.000) | +0.19 (0.000) | +0.13 (0.000) | |
| Psicológico funcional Sentido de autonomia | +0.32 (0.000) | +0.61 (0.000) | +0.69 (0.000) | | | | | | -0.58 (0.000) | +0.43 (0.000) | +0.23 (0.034) | +0.07 (0.524) | |
| Psicológico funcional Perspectivas futuras | +0.28 (0.000) | +0.36 (0.000) | +0.43 (0.000) | | | | | | -0.54 (0.000) | +0.53 (0.000) | +0.30 (0.004) | +0.18 (0.091) | |
| Espiritual Religiosidade | -0.01 (0.939) | -0.02 (0.881) | -0.01 (0.979) | | | | +0.01 (0.990) | -0.23 (0.032) | -0.13 (0.217) | +0.10 (0.366) | | | |
| Espiritual Posit. Sentido de vida | +0.12 (0.259) | +0.19 (0.071) | +0.23 (0.031) | | | | +0.05 (0.620) | -0.19 (0.083) | -0.40 (0.000) | +0.36 (0.000) | | | |
| Social Status/papéis | | +0.54 (0.000) | +0.34 (0.000) | | | | -0.58 (0.000) | +0.64 (0.000) | -0.64 (0.000) | +0.59 (0.000) | +0.26 (0.015) | +0.21 (0.049) | |
| Social – Percepção Relacionamento familiar | | +0.40 (0.000) | +0.45 (0.000) | | | | -0.40 (0.000) | +0.55 (0.000) | -0.55 (0.000) | +0.50 (0.000) | +0.27 (0.011) | +0.17 (0.111) | |
| Social – Percepção Relacionamento rede social | | +0.33 (0.001) | +0.44 (0.000) | | | | -0.36 (0.000) | +0.56 (0.000) | -0.55 (0.000) | +0.54 (0.000) | +0.30 (0.004) | +0.20 (0.056) | |
| Social – Percepção Relac. c/ serviços cuidad | | +0.26 (0.015) | +0.25 (0.000) | | | | -0.29 (0.000) | +0.38 (0.000) | -0.36 (0.000) | +0.36 (0.000) | +0.03 (0.756) | +0.14 (0.180) | |

4 – ESTUDO III - CARACTERIZAÇÃO DA ACTIVIDADE MOTORA E OUTROS ASPECTOS DA VIDA DE UMA POPULAÇÃO IDOSA APÓS AVC.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, SOCIOECONÓMICA, BIOLÓGICA E DE SAÚDE

Para o desenvolvimento do presente estudo foi utilizada uma amostra de 88 pessoas idosas que sofreram AVC. Os dados que apresentamos na Tabela 19 permite-nos constatar que as suas idades se situavam entre 55 e 91 anos, sendo a média 72.95 ± 8.00 anos. Verificamos também que 44.3% tinham entre 75 e 84 anos, seguidos de 30.7% cujas idades se situavam entre 65 e 74 anos. Metade dos elementos da amostra tinham, pelo menos, 74.50 anos e a distribuição das idades afastava-se significativamente ($p = 0.007$) da distribuição normal ou gaussiana.

A maioria dos inquiridos, (59.1%), era do sexo masculino e também a maioria (53.4%) eram casados ou viviam em união de facto.

Quanto à religião, verificamos que a maior parte dos elementos da amostra afirmou que professavam a religião católica.

No que concerne às condições habitacionais antes do AVC constatamos que 55.7% afirmaram que eram boas, seguidos de 27.3% que tinham condições razoáveis. Quase todos os inquiridos (95.5%) afirmaram que viviam em apartamentos sem elevador e 80.7% viviam em habitação própria.

Antes do AVC, 46.6% dos elementos da amostra coabitavam com o cônjuge, seguindo-se 23.9%, que viviam sozinhos e de 22.7% viviam com os filhos.

Relativamente ao número de elementos do agregado familiar, constata-se que 54.5% dos indivíduos pertenciam a agregados familiares constituídos por 1 ou 2 pessoas, seguindo-se 22.7% que faziam parte de agregados familiares com 3 a 4 pessoas. A maioria dos elementos da amostra (85.2%) afirmou que tinham relações familiares harmoniosas.

Cerca de 3 em cada 4 inquiridos, concretamente 73.9%, afirmaram que tinham ajuda de pessoa significativa ou familiar.

Tabela 19 - Caracterização sociodemográfica (n e %)

| Variáveis | n | % |
|--|----|------|
| Grupo etário | | |
| < 65 | 17 | 19.3 |
| [65 – 74[| 27 | 30.7 |
| [75 – 84[| 39 | 44.3 |
| ≥ 85 | 5 | 5.7 |
| $x_{\min} = 55$; $x_{\max} = 91$; $\bar{x} = 72.95$; Md = 74.50; s = 8.00; p = 0.007 | | |
| Sexo | | |
| Feminino | 36 | 40.9 |
| Masculino | 52 | 59.1 |
| Estado Civil | | |
| Casado(a) / União de facto | 47 | 53.4 |
| Solteiro(a) | 8 | 9.1 |
| Separado(a) / Divorciado(a) | 8 | 9.1 |
| Viúvo(a) | 25 | 28.4 |
| Religião | | |
| Católica | 79 | 89.8 |
| Protestante | 2 | 2.3 |
| Judaica | - | 0.0 |
| Muçulmana | - | 0.0 |
| Outra | 1 | 1.1 |
| Nenhuma | 5 | 5.7 |
| Não respondeu | 1 | 1.1 |
| Condições habitacionais antes do AVC | | |
| Ótimas | 7 | 8.0 |
| Boas | 49 | 55.7 |
| Razoáveis | 24 | 27.3 |
| Más | 7 | 8.0 |
| Péssimas | 1 | 1.1 |
| Tipo de habitação | | |
| Apartamento com elevador | 4 | 4.5 |
| Apartamento sem elevador | 84 | 95.5 |
| Moradia própria | | |
| Sim | 71 | 80.7 |
| Não | 17 | 19.3 |
| Coabitação antes do AVC | | |
| Cônjuge | 41 | 46.6 |
| Filhos | 20 | 22.7 |
| Outros elementos da família | 2 | 2.3 |
| Sozinho | 21 | 23.9 |
| Outros | 4 | 4.5 |
| Número de elementos do agregado familiar | | |
| Nenhum | 16 | 18.2 |
| 1 ou 2 | 48 | 54.5 |
| 3 ou 4 | 20 | 22.7 |
| 5 ou 6 | 4 | 4.6 |
| Relação familiar | | |
| Harmoniosa | 75 | 85.2 |
| Conflitos pontuais / esporádicos | 8 | 9.1 |
| Conflitos frequentes / permanentes | 4 | 4.5 |
| Tipo de ajuda | | |
| Pessoa significativa ou familiar | 65 | 73.9 |
| Institucional | 21 | 23.9 |

Como podemos constatar pelos dados que apresentamos na Tabela 20, 78.4% dos elementos, que constituem a amostra, estavam na situação de aposentados e apenas 13.6% tinham ocupação remunerada.

O nível de escolaridade mais frequente era de 1 a 4 anos (42.0%), seguindo-se 22.7% que eram analfabetos e de 15.9% que tinham entre 5 e 9 anos de escolaridade.

Para 85.2% dos elementos da amostra em estudo os rendimentos individuais provinham de reformas, verificando-se também que 39.8% dos indivíduos tinham rendimentos até 300 euros, seguidos de 30.7%, cujo rendimento individual se situava entre 300 e 500 euros e de 20.5% cujo rendimento tinha valores entre 500 e 1000 euros. Verificamos ainda que 68.2% tinham rendimentos suficientes para as despesas correntes, 54.5% afirmaram que os rendimentos eram suficientes para as despesas de saúde. No que concerne às despesas com outros e encargos com a situação de acolhimento, verificou-se que apenas 43.2% e 48.9%, respectivamente, afirmaram que os rendimentos eram suficientes para estas despesas.

A avaliação do nível socioeconómico revelou que 47.7% dos indivíduos se situavam no nível médio, seguindo-se 43.2% que enquadravam um nível baixo.

Tabela 20 - Caracterização socioeconómica (n e %)

| Variáveis | n | % |
|---|----|------|
| Profissão | | |
| Sem ocupação | 7 | 8.0 |
| Ocupação remunerada | 12 | 13.6 |
| Ocupação não remunerada | - | 0.0 |
| Aposentado(a) | 69 | 78.4 |
| Nível de escolaridade | | |
| Analfabeto | 20 | 22.7 |
| Sabe ler e escrever sem instrução | 9 | 10.2 |
| De 1 a 4 anos | 37 | 42.0 |
| De 5 a 9 anos | 14 | 15.9 |
| De 10 a 12 anos | 5 | 5.7 |
| Ensino médio | 2 | 2.3 |
| Ensino Superior | 1 | 1.1 |
| Proveniência dos rendimentos individuais | | |
| Salário | 8 | 9.1 |
| Reforma | 75 | 85.2 |
| Ajuda de familiares | 3 | 3.4 |
| Outros | 2 | 2.3 |
| Valor do rendimento | | |
| Não possui rendimento fixo | 3 | 3.4 |
| Até 300 euros | 35 | 39.8 |
| De 300 a 500 euros | 27 | 30.7 |
| De 500 a 1000 euros | 18 | 20.5 |
| De 1000 a 1500 euros | 2 | 2.3 |
| Mais de 1500 euros | 3 | 3.4 |
| Os rendimentos económicos são suficientes para: | | |
| Despesas correntes | 60 | 68.2 |
| Despesas de saúde | 48 | 54.5 |
| Despesas com outros | 38 | 43.2 |
| Encargos com a situação de acolhimento | 43 | 48.9 |
| Nível socioeconómico | | |
| Elevado | 8 | 9.1 |
| Médio | 42 | 47.7 |
| Baixo | 38 | 43.2 |

No que concerne aos aspectos biológicos e de saúde, verificamos (Tabela 21) que 83.0% dos elementos da amostra tiveram AVC isquémico. O tempo decorrido após o AVC situou-se entre 1 e 12 meses, sendo a média 3.01 ± 2.33 meses. A maior parte dos indivíduos referiram tempos após AVC entre 1 e 4 meses e metade teve o AVC há, pelo menos, 2.00 meses (tempo mediano). A distribuição de frequência desta variável afastou-se significativamente ($p < 0.001$) da distribuição normal. Verificamos também que após o AVC 89.9% dos indivíduos permaneceram institucionalizados (RNCCI). Entre estes indivíduos 43.2% permaneceram em unidades de média duração e reabilitação, seguindo-se 50.0%, que permaneceram em unidades de convalescença.

No que concerne ao índice de massa corporal, verificamos que 42.0% dos inquiridos apresentavam-se numa situação de eutrofia, seguidos de 38.6% que apresentavam sobrepeso.

Todos os elementos da amostra tomavam medicamentos e a maioria, (89.8%), tinham necessidade de tomar pelo menos 5 medicamentos. Constatamos ainda que 40.9% dos inquiridos não responderam sobre o tipo de medicação, que tomavam e 33.0% não sabiam dizer qual era a medicação.

A maioria dos indivíduos, (85.2%) afirmou que não tinha história prévia de depressão ou outras situações de doença mental.

Relativamente à percepção do respectivo estado de saúde, verificou-se que 51.1% afirmaram ter uma saúde razoável, seguidos de 25.0% que disseram ter um mau estado de saúde e de 18.2%, que tinham percepção de um bom estado de saúde.

Questionados acerca da intensidade da dor, verificamos que 37.5% das pessoas idosas inquiridas não apresentavam dor; dos que apresentavam dor, 20.5% referiram níveis de dor de 3 ou 4, seguindo-se 15.9%, que indicaram nível 5 ou 6 e de 13.6%, que se posicionaram nos níveis 7 ou 8.

Tabela 21 - Caracterização biológica e de saúde (n e %)

| Variáveis | n | % |
|---|----|------|
| Tipo de AVC | | |
| Isquêmico | 73 | 83.0 |
| Hemorrágico | 13 | 14.8 |
| Não sabe | 2 | 2.3 |
| Tempo decorrido após AVC (meses) | | |
| [1 – 3[| 68 | 77.3 |
| [4 – 7[| 14 | 15.9 |
| [8 – 12] | 6 | 6.8 |
| $x_{\min} = 1; x_{\max} = 12; \bar{x} = 3.01; Md = 2.00; s = 2.33; p < 0.001$ | | |
| Local de permanência após AVC | | |
| Domicílio | 9 | 10.2 |
| Instituição (RNCCI) | 79 | 89.9 |
| Tipologia da unidade de internamento (RNCCI) | | |
| Até 30 dias – Convalescença | 44 | 50,0 |
| De 30 a 90 dias – Média duração e reabilitação | 38 | 43,2 |
| Mais de 90 dias – Longa Duração e Manutenção | 6 | 6,8 |
| Índice de Massa Corporal | | |
| Baixo peso ($IMC < 22 \text{ Kg/m}^2$) | 12 | 13.6 |
| Eutrofia ($22 \leq IMC < 27 \text{ Kg/m}^2$) | 37 | 42.0 |
| Sobrepeso ($IMC \geq 27 \text{ Kg/m}^2$) | 34 | 38.6 |
| Toma medicamentos | | |
| De 1 a 2 | 1 | 1.1 |
| De 3 a 4 | 8 | 9.1 |
| ≥ 5 | 79 | 89.8 |
| Tipo de medicação | | |
| Antipsicótico | 1 | 1.1 |
| Ansiolítico | 4 | 4.5 |
| Antidepressivo | 5 | 5.7 |
| Hipnótico | - | 0.0 |
| Diurético | 4 | 4.5 |
| Outros | 9 | 10.2 |
| Não sabe | 29 | 33.0 |
| Não responde | 36 | 40.9 |
| História prévia de depressão ou outras situações de doença mental | | |
| Sim | 13 | 14.8 |
| Não | 75 | 85.2 |
| Como percebe o estado de saúde | | |
| Muito bom | 1 | 1.1 |
| Bom | 16 | 18.2 |
| Razoável | 45 | 51.1 |
| Mau | 22 | 25.0 |
| Muito mau | 4 | 4.5 |
| Intensidade de dor | | |
| 1 ou 2 | 8 | 9.1 |
| 3 ou 4 | 18 | 20.5 |
| 5 ou 6 | 14 | 15.9 |
| 7 ou 8 | 12 | 13.6 |
| 9 ou 10 | 3 | 3.4 |
| Nãoapresentavam dor | 33 | 37.5 |

4.2 – O DOMÍNIO FÍSICO-FUNCIONAL AVALIADO COM O PAMPI-AVC, CRUZAMENTO E COMPLEMENTARIDADE DE DADOS COM OUTROS INSTRUMENTOS: NÍVEIS DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (ÍNDICE DE BARTHEL); ACTIVIDADES DE VIDA (LAWTON); AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E DA MARCHA (TINETTI); CAPACIDADE DE MOBILIDADE (ÍNDICE DE RIVERMEAD) E DO DESEMPENHO FÍSICO (SPPB).

Para o estudo das manifestações físico-funcionais das 88 pessoas idosas, que constituem a amostra deste estudo, socorremo-nos de dados relevantes obtidos através da aplicação do instrumento por nós desenvolvido – PAMPI-AVC para este particular no que diz respeito ao domínio físico-funcional, que comporta indicadores relativos a sete aspectos: dor, acuidade visual, avaliação da aptidão muscular (força muscular e amplitude articular), actividade psicomotora e actividades essenciais de vida (AEVI), de vida complementares (AVIC) e de vida complexas (AVIComp).

Completamos a caracterização com informação complementar também recolhida no âmbito do estudo anterior e com o propósito sobretudo de validar o PAMPI-AVC e agora utilizada de forma a não desaproveitara informação. No concreto referimo-nos aos níveis de independência funcional (Barthel), às actividades de vida Lawton, à avaliação do equilíbrio e marcha (Tinetti), à capacidade de mobilidade (Rivermead) e à capacidade de desempenho físico (SPPB).

A dor generalizada foi um dos aspectos considerados como relevantes para o PAMPI-AVC. Antes do AVC, 14 das pessoas idosas das 88 estudadas apresentavam dor generalizada numa percentagem de 15.9%, já após a ocorrência do AVC o número sobe para 17 idosos a que corresponde uma percentagem de 19.3%. (Tabela 22).

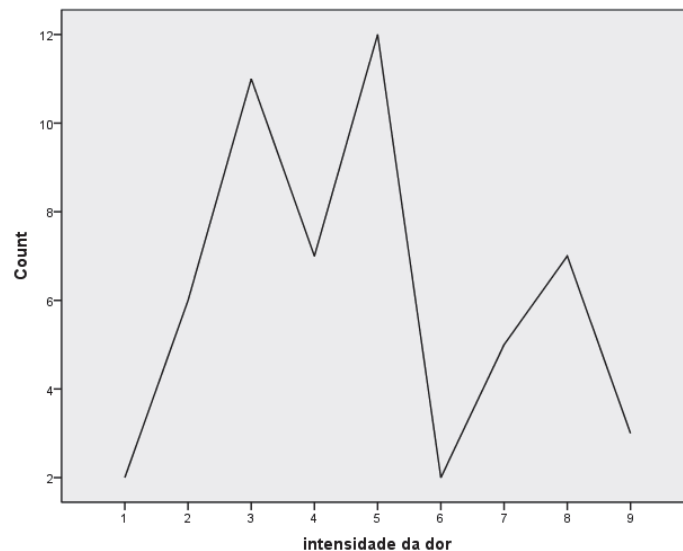
Tabela 22 - Presença e ausência de dor generalizada antes e após o AVC, (n e %)

| Variáveis | n | % |
|-------------------------|----|------|
| Dor generalizada antes | | |
| Sim | 14 | 15.9 |
| Não | 74 | 84.1 |
| Dor generalizada depois | | |
| Sim | 17 | 19.3 |
| Não | 71 | 80.7 |

Embora existam 3 pessoas idosas (3.4%) a referir uma intensidade de dor 9 e 10, valores mais significativos no grau de intensidade 3 e 4 com 18 idosos (20.5%) e 5 e 6 com 14 idosos (15.9%). Refira-se ainda que 8 (9,1%), apresentam como valor um grau mínimo de 1 e 2, e que 12 idosos (13.6%) se situam no grau 7 e 8. A totalidade de referências a graus de dor corresponde a 55 idosos com dor, numa percentagem em relação ao total

da amostra de 62.5. Não apresentavam dor, 33 idosos, a que corresponde o percentual 37.5. (Tabela 21 e Gráfico 1).

Gráfico 1 - Intensidade da dor no momento da recolha de informação (após AVC)



A acuidade visual (estado de visão) é caracterizada no PAMPI-AVC pela proposta de um conjunto de 5 indicadores, aos quais os respondentes se posicionam em função da sua concordância aferida numa escala tipo Likert de 5 posições entre o discordo totalmente e o concordo totalmente.

Os dados mais significativos e caracterizadores deste grupo amostral de 88 pessoas idosas reportam-se ao facto de que antes de serem acometidas pelo AVC apenas 22.8% discordam totalmente/discorda/nem discordam nem concordam com a incapacidade de ler ou ver o que estava escrito (mas note-se população a indicar 22.7%, 20 casos, de analfabetos), esta percentagem sobe consideravelmente nas respostas dadas sobre o momento actual 59.0%, o que corresponde a um incremento de 36.3% pontos percentuais. Ainda assim há, após o AVC, cerca de (48.8%) de pessoas idosas, que mantêm a capacidade de ler ou ver o que está escrito.

Ultrapassam-se as dificuldades da iliteracia, perguntando pela capacidade de ver coisas que estavam ao seu lado, antes do AVC, podendo concluir que 6.7% apresentam dificuldades expressas, seguindo a indicação de discordo totalmente/discordo/não discordo nem concordo. Valor percentual a elevar-se após o AVC para 68.1%, traduzindo um incremento muito significativo de 61.4%.

Quando se pergunta se sente que ficou com limitações da visão após o AVC, 58.0% dizem que não, os restantes 42.0% dizem que sim ou têm dúvidas (desses 4.5%). (Tabela 23).

Quanto à visão periférica, constatamos que a maioria dos indivíduos, exactamente 60.2%, concordou totalmente com a afirmação de que antes do AVC eram capazes de ver coisas, que estavam ao seu lado. Após o AVC a situação inverteu-se, verificando-se que 63.6% dos indivíduos discordaram ou discordaram totalmente com esta afirmação.

Tabela 23 - Caracterização do estado da visão

| Variáveis | n | % |
|---|----|------|
| Antes era capaz de ler ou ver o que estava escrito (Jornal, legendas na televisão...) | | |
| Discordo totalmente | 7 | 8.0 |
| Discordo | 7 | 8.0 |
| Nem concordo / Nem discordo | 6 | 6.8 |
| Concordo | 33 | 37.5 |
| Concordo totalmente | 35 | 39.8 |
| Não sou capaz de ler ou ver o que está escrito (Jornal, legendas na televisão...) | | |
| Discordo totalmente | 17 | 19.3 |
| Discordo | 26 | 29.5 |
| Nem concordo / Nem discordo | 9 | 10.2 |
| Concordo | 23 | 26.1 |
| Concordo totalmente | 13 | 14.8 |
| Antes era capaz de ver coisas que estavam ao meu lado | | |
| Discordo totalmente | 1 | 1.1 |
| Discordo | 4 | 4.5 |
| Nem concordo / Nem discordo | 1 | 1.1 |
| Concorda | 29 | 33.0 |
| Concorda totalmente | 53 | 60.2 |
| Não sou capaz de ver coisas que estão ao meu lado | | |
| Discordo totalmente | 25 | 28.4 |
| Discordo | 31 | 35.2 |
| Nem concordo / Nem discordo | 4 | 4.5 |
| Concordo | 20 | 22.7 |
| Concordo totalmente | 8 | 9.1 |
| Não sinto que fiquei com limitações de visão | | |
| Discordo totalmente | 12 | 13.6 |
| Discordo | 21 | 23.9 |
| Nem concordo / Nem discordo | 4 | 4.5 |
| Concordo | 22 | 25.0 |
| Concordo totalmente | 29 | 33.0 |

A avaliação da Aptidão Muscular como categoria incorporada no PAMPI-AVC comporta o registo da força muscular e da amplitude dos movimentos articulares.

Olhando para o quadro resumo das médias nas 88 pessoas idosas estudadas, o que podemos realçar é que em relação aos membros superiores as médias de força muscular são inferiores ao valor considerado normal (5) e que naturalmente são mais baixas no hemisfério esquerdo (todas elas inferiores 3,5) mas com registo mínimo de média de 3,30. Já no lado direito a força muscular tem uma amplitude de médias entre 4,12 e 4,24. Em relação às amplitudes variam em médias diferentes consoante o movimento e a articulação considerada.

Observando os dados relativos aos movimentos e articulações dos membros inferiores, registamos médias de força muscular todas inferiores a cinco, ligeiramente inferiores à esquerda e forma mais significativa na tibiotársica com valores à esquerda na casa dos 3, enquanto à direita a pontuar na casa dos 4. As amplitudes articulares variam em médias diferentes consoante o movimento e a articulação considerada.

Quadro 9 - Avaliação da Aptidão Muscular, valores médios da força muscular e amplitude de movimentos articulares

| Membros Superiores | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------|------------------|--------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|------------------|-------|--|
| Dt ^a | | Esq ^a | | Movimento | Local | | Movimento | Dt ^a | | Esq ^a | | |
| FM | ADM | FM | ADM | | | | | FM | ADM | FM | ADM | |
| 4,18 | 143,9 | 3,36 | 129,96 | Flexão | Escápulo-Umeral | Punho | Flexão | 4,13 | 45,06 | 3,34 | 42,1 | |
| 4,2 | 40,36 | 3,39 | 40,22 | Extensão | | | Extensão | 4,13 | 42,98 | 3,33 | 38,31 | |
| 4,19 | 126,12 | 3,41 | 114,21 | Abdução | | | Des Cubital | 4,13 | 20,15 | 3,3 | 19,38 | |
| 4,18 | 18,24 | 3,39 | 13,59 | Adução | | | Des Radial | 4,13 | 12,86 | 3,3 | 12,44 | |
| 4,18 | 57,43 | 3,4 | 53,92 | Rot. Interna | | Preensão palmar | | | | | | |
| 4,18 | 65,2 | 3,39 | 59,82 | Rot. Externa | | | | | | | | |
| 4,23 | 131,62 | 3,44 | 129,48 | Flexão | Cotovelo | | média 3 medidas | 15,72 | 11,91 | | | |
| 4,24 | 1,65 | 3,44 | 2,43 | Extensão | | | | | | | | |
| 4,12 | 63,87 | 3,32 | 57,64 | Supinação | Antebraço | | | | | | | |
| 4,12 | 75,47 | 3,32 | 72,60 | Pronação | | | | | | | | |
| Membros Inferiores | | | | | | | | | | | | |
| Dt ^a | | Esq ^a | | Movimento | Local | | Movimento | Dt ^a | | Esq ^a | | |
| FM | ADM | FM | ADM | | | | | FM | ADM | FM | ADM | |
| 4,44 | 21,32 | 4,02 | 23,1 | Abdução | Coxo-Femural | Tibio-Társica | Flexão Plantar | 4,29 | 36,37 | 3,97 | 37,54 | |
| 4,45 | 12,11 | 4,05 | 11,12 | Adução | | | Dorsiflexão | 4,28 | 9,42 | 3,91 | 10,72 | |
| 4,43 | 83,94 | 4,1 | 78,34 | Flexão | | | Inversão | 4,27 | 20,79 | 3,89 | 20,6 | |
| 4,44 | | 4,14 | | Extensão | | | Eversão | 4,27 | 9,04 | 3,89 | 8,89 | |
| 4,41 | 14,74 | 4,02 | 13,84 | Rot.Interna | | | | | | | | |
| 4,41 | 15,88 | 4,02 | 14,27 | Rot.Externa | | | | | | | | |
| 4,42 | 114,34 | 4,03 | 109,21 | Flexão | | | | | | | | |
| 4,42 | 0,16 | 4,03 | 0,1 | Extensão | | | | | | | | |

Um quarto aspecto do PAMPI-AVC relacionado com o domínio físico-funcional diz respeito à actividade psicomotora. A actividade psicomotora é caracterizada no PAMPI-AVC através da resposta de concordância (escala tipo Likert de cinco posições) em

relação a 4 itens: *desorientação com internamento, controlo do corpo, inquieto perante outras pessoas, perturbado com muita gente a falar à sua volta*.

As 88 pessoas idosas que estudámos, referem discordância total em relação à desorientação numa ordem de grandeza de 33 (37.5%), número e percentagem que sobe para 58 pessoas idosas (65.9%), quando ajustamos as respostas de discordância total com a de simples discordância. Ainda assim, 21 pessoas idosas (23.9%) concordam e concordam totalmente com o sentirem-se desorientados.

No que respeita à dificuldade em controlar o corpo há concordância (simples e total) em 64 pessoas idosas, situou-se nos (72.7%), apenas 15 (17.0%) discordam da existência dessa dificuldade. Vinte e seis pessoas idosas (29.5%) concordam e concordam totalmente com o sentirem-se inquietos, quando estão junto de outras pessoas. Ainda assim 56 idosos, (63.6%), discordam simplesmente ou na totalidade. Quarenta idosos (45.4%) concordam e concordam totalmente com a perturbação causada por muita gente a falar à sua volta, não sendo problema para 43 pessoas idosas (48.9%) (Quadro 10).

Em resumo, a dificuldade em controlar o corpo foi a dificuldade psicomotora mais sentida nestas 88 pessoas idosas após o AVC. A que se segue por ordem de grandeza nas percentagens o ficar perturbado(a) com muita gente a falar à minha volta 45.4%. (Quadro 11).

Quadro 10 - Caracterização da actividade psicomotora (n e %)

| | | Discordo totalmente | Discorda | Não discorda / Nem concorda | Concorda | Concorda totalmente |
|--|--------|---------------------|------------|-----------------------------|------------|---------------------|
| Sinto-me desorientado(a), desde que estou internado(a) | n % | 33 37.5 | 25 28.4 | 9 10.2 | 18 20.5 | 3 3.4 |
| Tive dificuldade em controlar o meu corpo quando fui para o hospital | n % | 6 6.8 | 9 10.2 | 9 10.2 | 42 47.7 | 22 25.0 |
| Sinto-me inquieto(a) quando estou junto de outras pessoas | n % | 30 34.1 | 26 29.5 | 6 6.8 | 23 26.1 | 3 3.4 |
| Fico perturbado(a) com muita gente a falar à minha volta | n % | 21 23.9 | 22 25.0 | 5 5.7 | 23 26.1 | 17 19.3 |

Quadro 11 - Caracterização da actividade psicomotora (n e %) agrupadas

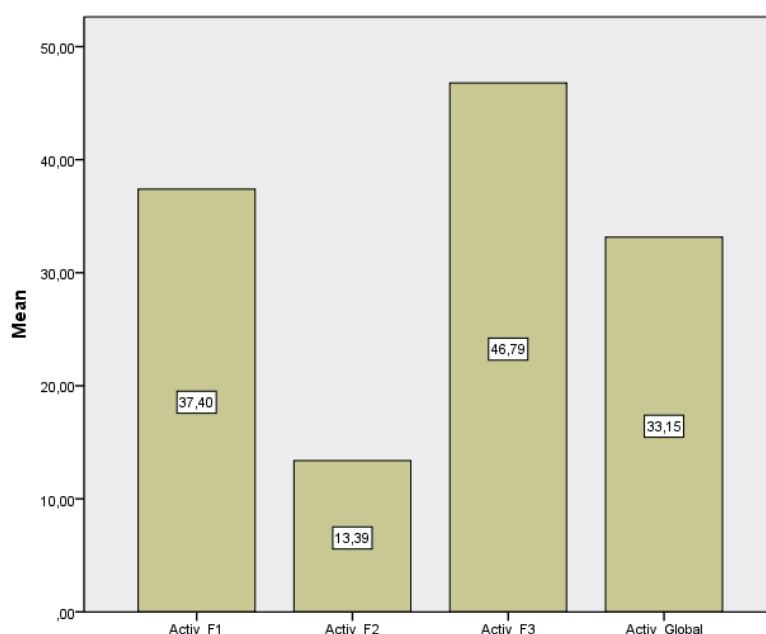
| | | Discordo totalmente /concorda | Não discorda / Nem concorda | Concorda /concorda totalmente |
|--|--------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sinto-me desorientado(a), desde que estou internado(a) | n % | 58 65.9 | 9 10.2 | 21 23.9 |
| Tive dificuldade em controlar o meu corpo quando fui para o hospital | n % | 15 17.0 | 9 10.2 | 64 72.7 |
| Sinto-me inquieto(a) quando estou junto de outras pessoas | n % | 56 63.6 | 6 6.8 | 26 29.5 |
| Fico perturbado(a) com muita gente a falar à minha volta | n % | 43 48.9 | 5 5.7 | 40 45.4 |

As actividades de vida diária avaliadas como PAMPI-AVC comportam três categorias e um global.

As *actividades essenciais à vida* (AEVI) obtiveram uma média de valores no PAMPI-AVC para estas 88 pessoas idosas de 37.4% e uma mediana de 25.44, desvio padrão de 29.97, valor mínimo de 0.76 e máximo 100. As *actividades de vida complementares* (AVIC) apresentam um valor médio de 13.39, com uma mediana de 3.72, um desvio padrão de 20,72, numa amplitude de 0.00 a 87.80. As *actividades de vida complexas* (AVIComp) pontuam com uma média de 46.79, mediana de 37.08, desvio padrão de 24.90 e valor mínimo de 4.58 e máximo de 100. O global para as actividades de vida situa-se com uma média de 33.15, mediana de 24.31, desvio padrão 24.89 e valor mínimo de 1.61 e máximo de 94.66. (Tabela 16 e Gráfico 2).

Estes valores encontram a especificidade, quando analisados em subgrupos sociodemográficos e biológicos e de saúde, o que se fará mais à frente.

Gráfico 2 - Valores médios das categorias das actividades de vida e das actividades de vida globais do domínio Físico-funcional do PAMPI - AVC



Como já referimos caracterizamos os aspectos físico-funcionais neste grupo de 88 pessoas idosas através dos dados recolhidos no PAMPI-AVC mas também através de um conjunto de instrumentos padronizados, utilizados aqui de forma complementar. Na Tabela 24, apresentamos os dados relevantes para a caracterização dos resultados obtidos com esses instrumentos nesta amostra.

Tabela 24 - Valores mínimos e máximos, média, mediana, desvio-padrão do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead), e do desempenho físico (SPPB).

| | Min. | Máx. | Média | Md | s |
|--|-------|--------|-------|-------|-------|
| Índice de Barthel (Barthel) | 10.00 | 100.00 | 55.58 | 50.00 | 27.66 |
| Escala das actividades instrumentais da vida diária de Lawton (Lawton) | 9.00 | 27.00 | 15.15 | 13.00 | 5.20 |
| Escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (Tinetti) | 0.00 | 28.00 | 10.39 | 6.50 | 8.93 |
| Índice de mobilidade de Rivermead (Rivermead) | 0.00 | 15.00 | 5.67 | 5.00 | 4.80 |
| Short Physical Performance Battery (SPPB) | 0.00 | 12.00 | 2.98 | 2.00 | 3.10 |

Os dados traduzem de forma genérica dificuldades nos aspectos abordados e a saber: O *índice de Barthel* traduzindo o nível de dependência funcional e olhando para a proposta de Azeredo e Matos (2003), que situam os valores de 21-60 num nível de dependência grave, estaremos com a média destes idosos 55.58 neste patamar de dependência grave.

Escala das actividades instrumentais da vida diária de Lawton, considerando uma amplitude entre 9 e 27 sugere-nos um ponto médio de corte à pontuação 18, acima da qual estaríamos no quadrante superior de pontuações mais favoráveis e abaixo do qual estaríamos no nível de maior incapacidade para as actividades instrumentais. Ora as pessoas idosas que fazem parte da amostradeste estudo situam-se com a pontuação média de 15.15, logo ainda longe do ponto de corte médio (18), ou seja dificuldades claras nas actividades instrumentais da vida diária.

Para a *escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti*, considerando o equilíbrio e a marcha em conjunto e resultantes de um somatório das pontuações, conforme os autores da escala também propõem, teríamos um ponto de corte nos 14 considerando um grupo de baixa pontuação e outro de alta. Os idosos deste estudo apresentam valores de 10.39, logo situados no quadrante inferior de dificuldade na marcha e equilíbrio e ainda a alguma distância da posição intermédia.

Dividindo também a amplitude possível de respostas para o *Índice de Rivermead* em dois grupos com o ponto de corte no 7.5, encontramos as pessoas idosas desta amostra em termos de média 5.67, no nível de dificuldades de mobilidade.

Seguindo o raciocínio dos autores da *Short Physical Performance Battery* uma pontuação média de 2.98 é baixíssima, revelando dificuldades notórias e grandes probabilidades

para o desenvolvimento de incapacidade para AVD e incapacidade relacionada com a mobilidade.

De alguma forma o conjunto de dados estão em consonância uns com os outros e, refira-se também, com os valores encontrados nas categorias e no global das actividades de vida aferidas pelo PAMPI-AVC todos eles abaixo de pontos médios de corte (considerando 50, AEVI 37.40; AVIC 13.39; AVIComp 46.79; Global 33.15).

Os valores encontrados para as actividades de vida e global das actividades no domínio físico-funcional do PAMPI-AVC e nos instrumentos complementares relacionados com a actividade (capacidade) e desempenho físico revelam particularidades interessantes de realçar através do estudo das diferenças de médias, aferido com as estatísticas *t de student* e ANOVA, dos subgrupos de um conjunto de variáveis sociodemográfica, biológicas e de saúde, consideradas relevantes para este efeito.

Assim, e conforme podemos analisar em pormenor nos quadros que se seguem, não há para esta amostra de 88 pessoas idosas diferenças significativas nas categorias e globais das escalas e instrumentos considerados para os seguintes aspectos: sexo (grupo masculino e feminino); relação familiar (harmoniosa ou conflituosa); tipo de ajuda (pessoa significativa/familiar ou institucional); tipo de AVC (hemorrágico ou isquémico); local de permanência após o AVC (domicílio ou RNCCI); tipologia de internamento (convalescença, média duração e reabilitação ou longa duração e manutenção); história prévia de depressão (sim ou não); intensidade da dor (de 1-4, de 5-6, de 7-10) (Quadros 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19).

Quadro 12 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do sexo.

| Sexo | Masculino N=52 média | Feminino N=36 média | Total N=88 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 37.60 | 37.10 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 13.79 | 12.79 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 49.50 | 42.85 | 46.79 | n.s. |
| Actividades de vida global | 33.84 | 32.14 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 55.98 | 55.00 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 15.58 | 14.53 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 10.38 | 10.39 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 5.73 | 5.58 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 2.94 | 3.03 | 2.98 | n.s. |

Quadro 13 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da relação familiar.

| Relação familiar | Harmoniosa N=75 média | Conflituosa N=12 média | Total N=(88) média | Teste diferença médias Teste t |
|---|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 36.85 | 35.94 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 12.94 | 12.25 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 47.67 | 38.36 | 46.79 | n.s. |
| Actividades de vida global | 32.87 | 30.54 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 55.08 | 55.00 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 15.04 | 14.92 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 10.27 | 10.42 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 5.56 | 5.67 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 2.83 | 3.75 | 2.98 | n.s. |

Quadro 14 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do tipo de ajuda.

| Tipo de ajuda | Pessoa sg/familiar N=65 média | Institucional N=21 média | Total N=88 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|--|--------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 35.09 | 38.98 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 12.00 | 15.43 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 45.98 | 47.22 | 46.79 | n.s. |
| Actividades de vida global | 31.33 | 34.64 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 53.54 | 57.90 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 14.62 | 16.14 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 10.34 | 9.38 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 5.51 | 5.43 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 2.92 | 2.81 | 2.98 | n.s. |

Quadro 15 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do tipo de AVC.

| Tipo de AVC | Isquémico N=73 média | Hemorrágico N=13 média | Total N=88 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 37.95 | 37.35 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 13.81 | 13.02 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 48.23 | 41.18 | 46.79 | n.s. |
| Actividades de vida global | 33.83 | 32.05 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 56.59 | 53.46 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 15.29 | 15.00 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 10.55 | 10.46 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 5.84 | 5.38 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 3.03 | 3.15 | 2.98 | n.s. |

Quadro 16 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do local de permanência após o AVC.

| Local permanência após AVC | Domicílio N=9 média | RNCCI N=79 média | Total N=(88) média | Teste diferença médias Teste t |
|---|---------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 32.36 | 37.97 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 13.45 | 13.37 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 35.23 | 48.10 | 46.79 | n.s. |
| Actividades de vida global | 28.22 | 33.70 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 53.89 | 55.77 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 14.11 | 15.27 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 11.33 | 10.28 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 5.78 | 5.66 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 2.67 | 3.01 | 2.98 | n.s. |

Quadro 17 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da tipologia de internamento.

| Tipologia de internamento | Convalescença N=44 média | Média duração N=38 média | Longa duração N=6 média | Total N=88 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 41.70 | 35.92 | 15.10 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 16.28 | 11.99 | 0.94 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 53.21 | 43.16 | 22.56 | 46.79 | n.s. |
| Actividades de vida global | 37.48 | 31.32 | 12.93 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 61.82 | 52.53 | 29.17 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 16.00 | 14.84 | 10.83 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 12.82 | 8.87 | 2.17 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 6.89 | 5.00 | 1.00 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 3.91 | 2.34 | 0.17 | 2.98 | n.s. |

Quadro 18 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da história prévia de depressão.

| História prévia de depressão | Sim N=13 média | Não N=75 média | Total N=88 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 38.50 | 37.20 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 10.53 | 13.88 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 40.73 | 47.83 | 46.79 | n.s. |
| Actividades de vida global | 32.02 | 33.34 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 55.38 | 55.61 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 14.92 | 15.19 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 11.54 | 10.19 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 5.92 | 5.63 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 2.62 | 3.04 | 2.98 | n.s. |

Quadro 19 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da intensidade da dor.

| Intensidade da dor | 1 a 4 N=26 média | 5 a 6 N=14 média | 7 a 10 N=15 média | Total N=(88) média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 45.33 | 29.94 | 26.75 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 13.73 | 7.69 | 12.44 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 45.22 | 36.16 | 44.86 | 46.79 | n.s. |
| Actividades de vida global | 37.55 | 25.56 | 26.41 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 61.92 | 46.43 | 46.33 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 15.73 | 13.71 | 14.13 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 12.54 | 8.50 | 7.07 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 6.96 | 4.36 | 4.13 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 3.81 | 2.64 | 1.87 | 2.98 | n.s. |

Actividades Essenciais à Vida (AEVI) do PAMPI-AVC assumem valores médios diferenciados nestas 88 pessoas idosas com significância estatística, quando comparados subgrupos de algumas variáveis, tais como: o grupo etário com menos de 65 anos apresenta valores mais elevados (53.26) e o grupo de igual ou mais de 85 anos os valores mais reduzidos (25.00); os separados/divorciados apresentam os valores mais elevados (80.90) com os viúvos a apresentar os valores mais baixos (26.89); nos valores mais elevados está também o grupo com menor tempo decorrido após o AVC (41.76); encontramos valores mais elevados nas pessoas idosas com eutrofia (44.95) e mais reduzido nos que têm baixa de peso (19.62); as pessoas idosas com uma muito boa ou boa percepção do seu estado de saúde têm valores mais elevados (54.16) e os de má ou muito má percepção com valores mais reduzidos (18.53).

Quadro 20 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do grupo etário.

| Grupo etário | <65 N=17 média | 65-74 N=27 média | 75-84 N=39 média | >= 85 N=5 média | Total N=88 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 53.26 | 32.94 | 35.15 | 25.00 | 37.40 | p< 0.001 |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 22.25 | 10.11 | 12.95 | 4.22 | 13.39 | p= 0.017 |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 58.08 | 49.67 | 41.94 | 30.50 | 46.79 | p= 0.001 |
| Actividades de vida global | 46.49 | 30.27 | 30.89 | 20.86 | 33.15 | p< 0.001 |
| Nível independência funcional (Barthel) | 70.88 | 52.63 | 52.31 | 45.00 | 55.58 | p< 0.001 |
| Actividades de vida (Lawton) | 19.29 | 14.41 | 14.21 | 12.40 | 15.15 | p= 0.001 |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 15.06 | 8.74 | 9.92 | 7.00 | 10.39 | p= 0.001 |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 8.88 | 4.52 | 5.13 | 5.20 | 5.67 | p= 0.001 |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 4.53 | 2.44 | 2.77 | 2.20 | 2.98 | p= 0.006 |

Quadro 21 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do estado civil.

| Estado civil | Cas/uf N=47 média | Solteiro N=8 média | Sep/Div N=8 média | Viuvo N=25 média | Total N=88 média | Teste diferença médias ANOVA |
|--|-------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 36.17 | 33.88 | 80.90 | 26.89 | 37.40 | p<0.001 |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 12.39 | 13.72 | 47.17 | 4.33 | 13.39 | p<0.001 |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 45.96 | 41.51 | 77.39 | 40.21 | 46.79 | p=0.002 |
| Actividades de vida global | 32.05 | 30.27 | 72.00 | 23.69 | 33.15 | p<0.001 |
| Nível independência funcional (Barthel) | 54.68 | 52.50 | 93.75 | 46.04 | 55.58 | p<0.001 |
| Actividades de vida (Lawton) | 15.15 | 13.88 | 23.50 | 12.88 | 15.15 | p<0.001 |
| Actividades de equilíbrio e marcha (Tinetti) | 10.30 | 10.63 | 22.38 | 6.64 | 10.39 | p<0.001 |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 5.74 | 6.50 | 12.38 | 3.12 | 5.67 | p<0.001 |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 3.28 | 2.88 | 5.63 | 1.60 | 2.98 | p=0.009 |

Quadro 22 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do tempo decorrido após AVC.

| Tempo decorrido após AVC | 1-3 meses N=68 média | 4-7 meses N=14 média | 8-12 meses N=6 média | Total N=88 média | Teste diferença médias ANOVA |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 41.76 | 22.42 | 22.85 | 37.40 | p= 0.040 |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 15.74 | 4.91 | 6.44 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 50.97 | 31.90 | 34.02 | 46.79 | p= 0.013 |
| Actividades de vida global | 36.98 | 19.78 | 20.78 | 33.15 | p= 0.026 |
| Nível independência funcional (Barthel) | 58.82 | 45.43 | 42.50 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 15.87 | 13.00 | 12.00 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha (Tinetti) | 11.60 | 5.07 | 9.00 | 10.39 | p= 0.040 |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 6.34 | 2.79 | 4.83 | 5.67 | p= 0.036 |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 3.53 | 0.79 | 1.83 | 2.98 | p= 0.006 |

Quadro 23 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do índice de Massa Corporal.

| IMC | Baixo peso N=12 média | Eutrofia N=37 média | Sobrepeso N=34 média | Total N=(88) média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 19.62 | 44.95 | 39.47 | 37.40 | p= 0.037 |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 2.50 | 15.26 | 16.89 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 27.08 | 49.16 | 53.29 | 46.79 | p= 0.004 |
| Actividades de vida global | 16.72 | 38.40 | 36.35 | 33.15 | p= 0.025 |
| Nível independência funcional (Barthel) | 35.83 | 61.65 | 60.44 | 55.58 | p= 0.011 |
| Actividades de vida (Lawton) | 11.42 | 15.84 | 16.21 | 15.15 | p= 0.017 |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 3.00 | 12.32 | 12.29 | 10.39 | p= 0.003 |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 1.67 | 6.51 | 6.85 | 5.67 | p= 0.003 |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 0.50 | 3.59 | 3.62 | 2.98 | p= 0.005 |

Quadro 24 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da percepção do estado de saúde.

| Como percebe o estado de saúde | Muito Bom /Bom N=17 média | Razoável N=45 média | Mau / Muito mau N=26 média | Total N=(88) média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 54.16 | 41.96 | 18.53 | 37.40 | p< 0.001 |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 23.56 | 14.14 | 5.42 | 13.39 | p= 0.017 |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 57.23 | 51.25 | 32.21 | 46.79 | p= 0.001 |
| Actividades de vida global | 47.18 | 36.75 | 17.71 | 33.15 | p< 0.001 |
| Nível independência funcional (Barthel) | 64.71 | 62.67 | 37.35 | 55.58 | p< 0.001 |
| Actividades de vida (Lawton) | 17.59 | 16.00 | 12.08 | 15.15 | p= 0.001 |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 12.88 | 12.60 | 4.92 | 10.39 | p= 0.001 |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 8.00 | 6.38 | 2.92 | 5.67 | p= 0.001 |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 3.71 | 3.62 | 1.38 | 2.98 | p= 0.006 |

Actividades de Vida Complementares (AVIC) do PAMPI-AVC assumem valores médios diferenciados. Nestas 88 pessoas idosas com significância estatística, quando comparados subgrupos de algumas variáveis, tais como: o grupo etário com menos de 65 anos apresenta valores mais elevados (22.25) e o grupo de igual ou mais de 85 anos os valores mais reduzidos (4.22); os separados/divorciados apresentam os valores mais elevados (47.17), com os viúvos a apresentar os valores mais baixos (4.33); os que coabitam com o cônjuge tem valores mais elevados (22.19); os idosos com uma muito boa ou boa percepção do seu estado de saúde têm valores mais elevados (23.56) e os de má ou muito má percepção valores mais reduzidos (5.42).

Quadro 25 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função da coabitação antes do AVC.

| Coabitação antes do AVC | Sozinho N=41 média | Cônjuge N=21 média | Outros N=26 média | Total N=88 média | Teste diferença médias ANOVA |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 36.31 | 48.44 | 30.18 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 12.73 | 22.19 | 7.30 | 13.39 | p= 0.046 |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 45.71 | 49.86 | 45.99 | 46.79 | n.s. |
| Actividades de vida global | 32.17 | 42.24 | 27.33 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 55.61 | 62.14 | 50.23 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 15.24 | 16.62 | 13.81 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha (Tinetti) | 10.29 | 12.19 | 9.08 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 5.71 | 6.52 | 4.92 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 3.32 | 3.33 | 2.15 | 2.98 | n.s. |

Actividades de Vida Complexas (AVIComp) do PAMPI-AVC assumem nestas 88 pessoas idosos valores médios diferenciados com significância estatística; quando comparados subgrupos de algumas variáveis, tais como: o grupo etário com menos de 65 anos apresenta valores mais elevados (58.08) e o grupo de igual ou mais de 85 anos os valores mais reduzidos (30.50); os separados/divorciados apresentam os valores mais elevados (77.39) com os viúvos a apresentar os valores mais baixos (40.21); os que têm condições habitacionais óptimas ou boas têm valores mais elevados (51.76); os idosos com nível de escolaridade mais elevado, mais de 10 anos, apresentam valores também mais elevados nesta categoria (68.07), com o grupo de analfabetos ou sem instrução com os valores mais baixos (35.35); também são os idosos com rendimento mensal superior a 500 euros, que apresentam valores mais elevados (59.51); nos valores mais elevados estão também o grupo com menor tempo decorrido após o AVC (50.97); encontramos valores mais elevados nas pessoas idosas com sobrepeso (53.29) e mais reduzido nas que têm baixa de peso (27.08); as pessoas idosas com uma muito boa ou boa percepção do seu estado de saúde têm valores mais elevados (57.23) e as de má ou muito má percepção valores mais reduzidos (32.21).

Quadro 26 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função das condições habitacionais.

| Condições habitacionais | Ót/Boas N=56 média | Razoáveis N=24 média | Más/Pessi N=8 média | Total N=88 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 42.90 | 29.99 | 21.07 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 15.99 | 10.77 | 2.93 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 51.76 | 39.02 | 35.20 | 46.79 | p= 0.041 |
| Actividades de vida global | 37.84 | 26.86 | 19.09 | 33.15 | p=0.046 |
| Nível independência funcional (Barthel) | 60.11 | 49.17 | 43.13 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 15.95 | 14.13 | 12.63 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 12.23 | 7.46 | 6.25 | 10.39 | p=0.033 |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 6.41 | 4.71 | 3.38 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 3.27 | 2.63 | 2.00 | 2.98 | n.s. |

Quadro 27 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do nível de escolaridade.

| Nível escolaridade | Anaf/Ler s/inst. N=29 média | 1 a 4 anos N=37 média | 5 a 9 anos N=14 média | + de 10 anos N=8 média | Total N=88 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 27.70 | 38.67 | 52.66 | 39.93 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 7.93 | 14.61 | 23.78 | 9.26 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 35.35 | 46.65 | 58.63 | 68.07 | 46.79 | p=0.001 |
| Actividades de vida global | 24.19 | 34.16 | 46.62 | 37.33 | 33.15 | p=0.040 |
| Nível independência funcional (Barthel) | 46.55 | 54.59 | 72.86 | 62.63 | 55.58 | p=0.025 |
| Actividades de vida (Lawton) | 12.69 | 15.08 | 19.00 | 17.63 | 15.15 | p=0.001 |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 8.59 | 10.19 | 13.86 | 11.75 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 4.38 | 5.54 | 8.29 | 6.38 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 2.41 | 3.08 | 3.93 | 2.88 | 2.98 | n.s. |

Quadro 28 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do valor do rendimento.

| Valor do rendimento | <500 euros N=65 média | >500 euros N=23 média | Total N=88 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|--------------------------------|--------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 35.67 | 42.27 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 12.07 | 17.09 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 42.28 | 59.51 | 46.79 | p= 0.007 |
| Actividades de vida global | 31.03 | 39.11 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 52.23 | 65.04 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 14.32 | 17.48 | 15.15 | p= 0,018 |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 9.26 | 13.57 | 10.39 | n.s. |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 5.23 | 6.91 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 2.71 | 3.74 | 2.98 | n.s. |

Actividades de Vida no Global do PAMPI-AVC, nestas 88 pessoas idosas assumem valores médios diferenciados com significância estatística. Quando comparados subgrupos de algumas variáveis, tais como: o grupo etário com menos de 65 anos apresenta valores mais elevados (46.49) e o grupo de igual ou mais de 85 anos os valores mais reduzidos (20.86); os separados/divorciados apresentam os valores mais elevados (72.00) com os viúvos a apresentar os valores mais baixos (23.69); os que têm condições habitacionais óptimas ou boas têm valores mais elevados (37.84); os idosos com nível de escolaridade de mais de 5 e menos de 9 anos apresentam valores também mais elevados nesta dimensão (46.62) com o grupo de analfabetos ou sem instrução com os valores mais baixos (24.19); os valores mais elevados estão também no grupo com menor tempo decorrido após o AVC (36.98); encontramos valores mais elevados nos idosos com eutrofia (38.40) e mais reduzido nos que tem baixa de peso (16.72); os idosos com uma muito boa ou boa percepção do seu estado de saúde têm valores mais elevados (47.18) e os de má ou muito má percepção valores mais reduzidos (17.71).

Quadro 29 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global das actividades do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC, do nível independência funcional (Barthel), das actividades de vida (Lawton), equilíbrio e marcha (Tinetti), da capacidade de mobilidade (Rivermead) e do desempenho físico (SPPB), em função do nível socioeconómico.

| Nível socioeconómico | Elevado N=8 média | Médio N=42 média | Baixo N=38 média | Total N=88 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Actividades essenciais à vida (AEVI) | 32.44 | 41.86 | 37.39 | 37.40 | n.s. |
| Actividades de vida complementares (AVIC) | 6.02 | 10.48 | 18.13 | 13.39 | n.s. |
| Actividades de vida complexas (AVIComp) | 49.63 | 42.87 | 50.50 | 46.79 | n.s. |
| Actividades de vida global | 34.60 | 28.88 | 37.55 | 33.15 | n.s. |
| Nível independência funcional (Barthel) | 58.75 | 50.74 | 60.26 | 55.58 | n.s. |
| Actividades de vida (Lawton) | 14.88 | 14.67 | 15.74 | 15.15 | n.s. |
| Actividades de equilíbrio e marcha ((Tinetti) | 11.13 | 7.86 | 13.03 | 10.39 | p= 0.032 |
| Capacidade de mobilidade (Rivermead) | 5.88 | 4.74 | 6.66 | 5.67 | n.s. |
| Avaliação desempenho físico (SPPB) | 3.00 | 2.10 | 3.95 | 2.98 | p= 0.026 |

Nestas 88 pessoas idosas os níveis de independência funcional aferidos com o Índice de Barthel assumem valores médios diferenciados com significância estatística. Quando comparados subgrupos de algumas variáveis, tais como: o grupo etário com menos de 65 anos apresenta valores mais elevados (70.88) e o grupo de igual ou mais de 85 anos os valores mais reduzidos (45.00); os separados/divorciados apresentam os valores mais elevados (93.75) com os viúvos a apresentar os valores mais baixos (46.04); os idosos com nível de escolaridade de mais de 5 a 9 anos apresentam valores também mais elevados nesta dimensão (72.86), com o grupo de analfabetos ou sem instrução com os valores mais baixos (46.55); encontramos valores mais elevados nos idosos com eutrofia (61.65) e mais reduzido nos que tem baixa de peso (35.83); os idosos com uma muito boa ou boa percepção do seu estado de saúde têm valores mais elevados (64.71) e os de má ou muito má percepção valores mais reduzidos (37.35).

O nível de actividades de vida instrumentais de Lawton assumem valores médios diferenciados nestas 88 pessoas idosas com significância estatística, quando comparados subgrupos de algumas variáveis, tais como: o grupo etário com menos de 65 anos apresenta valores mais elevados (19.29) e o grupo de igual ou mais de 85 anos os valores mais reduzidos (12.40); os separados/divorciados apresentam os valores mais elevados (23.50), com os viúvos a apresentar os valores mais baixos (12.88); os idosos com nível de escolaridade de mais de 5 a 9 anos apresentam valores também mais elevados nesta dimensão (19.00), com o grupo de analfabetos ou sem instrução com os valores mais baixos (12.69); também são os idosos com rendimento mensal superior a 500 euros, que apresentam valores mais elevados (17.48); encontramos valores mais elevados nos idosos com sobrepeso (16.21) e mais reduzido nos que têm baixa de peso (11.42); os idosos com uma muito boa ou boa percepção do seu estado de saúde têm

valores mais elevados (17.59) e os de má ou muito má percepção valores mais reduzidos (12.08).

As actividades de equilíbrio e marcha aferidos com o instrumento de Tinetti assumem valores médios diferenciados nestas 88 pessoas idosas com significância estatística. Quando comparados os subgrupos de algumas variáveis, tais como: o grupo etário com menos de 65 anos apresenta valores mais elevados (15.06) e o grupo de igual ou mais de 85 anos os valores mais reduzidos (7.00); os separados/divorciados apresentam os valores mais elevados (22.38), com os viúvos a apresentar os valores mais baixos (6.64); os que tem condições habitacionais óptimas ou boas têm valores mais elevados (12.23); os idosos com nível socioeconómico mais baixo a apresentarem valores mais elevados (13.03); nos valores mais elevados está também o grupo com menor tempo decorrido após o AVC (11.60); encontramos valores mais elevados nos idosos com eutrofia (12.32) e mais reduzido nos que tem baixa de peso (3.00); os idosos com uma muito boa ou boa percepção do seu estado de saúde têm valores mais elevados (12.88) e os de má ou muito má percepção valores mais reduzidos (4.92).

A capacidade de mobilidade aferida com o instrumento de Rivermead assume valores médios diferenciados nestas 88 pessoas idosas com significância estatística, quando comparados subgrupos de algumas variáveis, tais como: o grupo etário com menos de 65 anos apresenta valores mais elevados (8.88); os separados/divorciados apresentam os valores mais elevados (12.38) com os viúvos a apresentar os valores mais baixos (3.12); os valores mais elevados estão também no grupo com menor tempo decorrido após o AVC (6.34); encontramos valores mais elevados nos idosos com sobrepeso (6,85) e mais reduzido nos que tem baixa de peso (1.67); os idosos com uma muito boa ou boa percepção do seu estado de saúde têm valores mais elevados (8,00) e os de má ou muito má percepção valores mais reduzidos (2.92).

A capacidade de desempenho físico aferido com o instrumento de SPPB assumem valores médios diferenciados nestas 88 pessoas idosas com significância estatística, quando comparados subgrupos de algumas variáveis, tais como: o grupo etário com menos de 65 anos apresenta valores mais elevados (4.53) e o grupo de igual ou mais de 85 anos os valores mais reduzidos (2.20); os separados/divorciados apresentam os valores mais elevados (5.63) com os viúvos a apresentar os valores mais baixos (1.60); os idosos de nível socioeconómico mais baixo com valores mais elevados (3.95); nos valores mais elevados está também o grupo com menor tempo decorrido após o AVC (3.53); encontramos valores mais elevados nos idosos com sobrepeso (3.62) e mais reduzido nos que tem baixa de peso (0.50); os idosos com uma muito boa ou boa percepção do seu estado de saúde têm valores mais elevados (3.71) e os de má ou muito má percepção valores mais reduzidos (1.38).

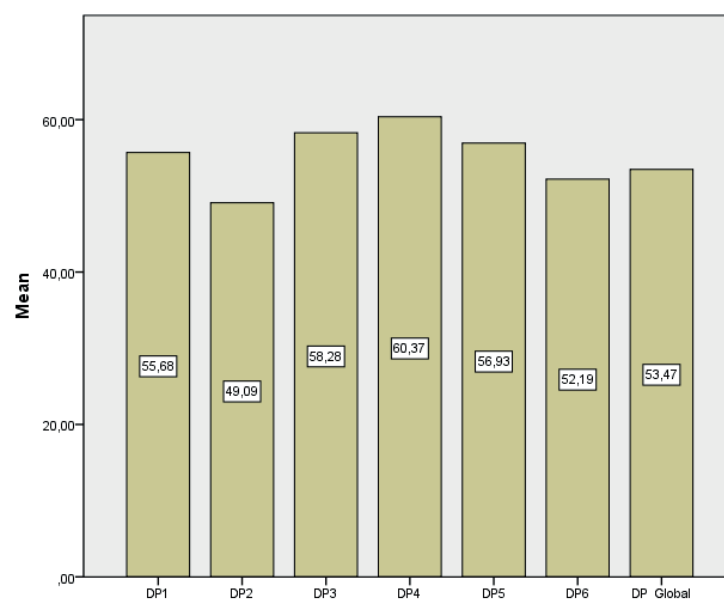
4.3 – O DOMÍNIO PSICOLÓGICO AVALIADO COM O PAMPI-AVC E O CRUZAMENTO E COMPLEMENTARIDADE DE DADOS COM OUTROS INSTRUMENTOS: ESTADO COGNITIVO – MMSE; SAÚDE MENTAL – DASS-21 E GDS-15.

Neste estudo de caracterização de 88 pessoas idosas no domínio Psicológico estudaremos os dados colhidos com o PAMPI-AVC, no domínio e categorias relacionadas e recorreremos aos dados recolhidos com instrumentos previamente existentes e por nós utilizados no estudo anterior sobretudo para validar a construção do protocolo de avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC, referimo-nos ao MMSE, à DASS-21 e à GDS-15.

No PAMPI-AVC considerámos o domínio Psicológico comportando um valor global e seis categorias: *“cognitivo-motor”*, *“percepção do estado de saúde”*, *“percepção de bem-estar”*, *“percepção da relação com os outros”*, *“sentido de autonomia”* e *“perspectivas futuras”*.

Os valores médios encontrados situam-se para cinco das seis categorias acima do ponto médio de corte (50), respectivamente *“cognitivo-motor”* (55.68), *“percepção de bem-estar”* (58.28), *“percepção da relação com outros”* (60.37), *“sentido de autonomia”* (56.93), e *“perspectivas futuras”* (52.19). A categoria *“percepção do estado de saúde”* apresenta a média mais baixa, ainda assim perto do ponto de corte (49.09). O valor médio para o global do domínio Psicológico avaliado pelo PAMPI-AVC é de (53.47). (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Valores médios das categorias e do global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC



Com valores abaixo da média para o domínio Psicológico situa-se, como constatamos, a categoria “*percepção do estado de saúde*”. Acima da média global encontramos a média mais elevada na “*percepção da relação com os outros*”, à qual por ordem decrescente de média segue a “*percepção do bem-estar*”, “*o sentido de autonomia*”, a categoria “*cognitivo-motor*”.

Consideramos neste aglomerado, para a caracterização psicológica, também dados provenientes de outros instrumentos de medida para além do PAMPI-AVC, nomeadamente para a categoria cognitiva o *Mini Mental State Examination* (MMSE), para a ansiedade, depressão e o stresse a *Depression Anxiet Stress Scale* (DASS-21) e Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15).

Nas 88 pessoas idosas desta amostra os valores do *Mini Mental State Examination* (MMSE) tiveram como valor mínimo 18.00 e máximo de 30.00, média de 26.23, mediana 27.00 e desvio padrão de 2.81. O que traduz, considerando os pontos de corte para a população portuguesa e em função da escolaridade, valores bons (alterações cognitivas em analfabetos valores inferiores a 15 pontos; 1 a 11 anos escolaridade inferior ou igual a 22 e escolaridade superior inferior ou igual a 27 pontos).

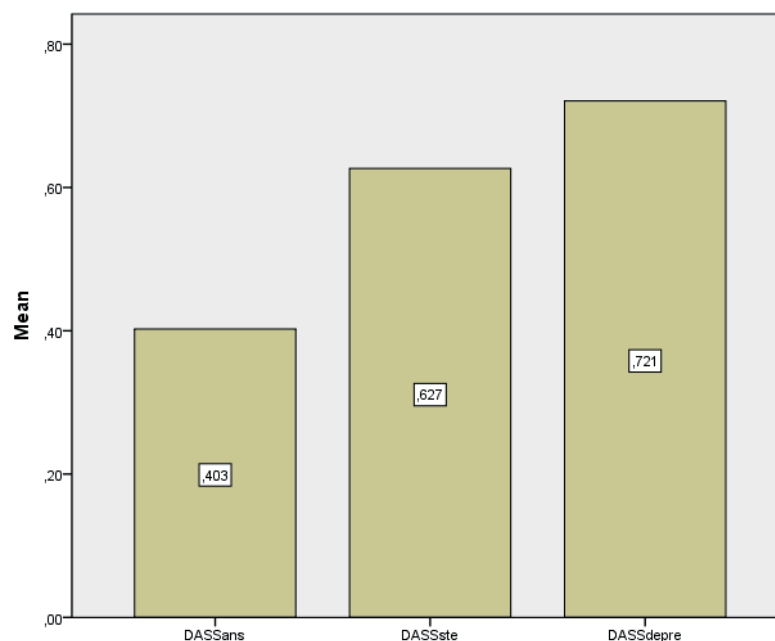
Os valores das médias, medianas e desvio padrão encontrados para cada uma das dimensões da DASS-21 foram (calculado considerando o somatório dos valores dos itens para cada dimensão), para a *ansiedade* média 2.82, mediana 2.00, desvio padrão 3.19; para o *stresse* 4.39 de média, 3.00 de mediana e 4.51 de desvio padrão; para a *depressão* média 4.93, mediana 4.00, desvio padrão 4.59. Os valores apresentados são considerados baixos atendendo à amplitude teórica possível 0 a 21 para cada sub-escala da DASS-21.

Calculando os valores das dimensões da DASS-21 através da média dos itens assinalados em cada dimensão, obtivemos para a *ansiedade* uma média de 0.40, uma mediana de 0.28, um desvio padrão de 0.45, valor mínimo 0.00 e valor máximo 2.43; para o *stresse* uma média de 0.62, uma mediana de 0.42, um desvio padrão de 0.64, valor mínimo 0.00 e valor máximo 2.57; para a *depressão* uma média de 0.72, uma mediana de 0.57, um desvio padrão de 0.67, valor mínimo 0.00 e valor máximo 3.00. (Gráfico 4).

No entanto uma análise mais refinada permite detectar, em relação às 88 pessoas idosas respondentes, que 23 (26.13%) apresentam valores de depressão acima do ponto de corte de 1 quando considerada a amplitude de 0 a 3. Em relação ao stresse de 88 respondentes, 20 (22.72%) apresentam valores de stresse acima do ponto de corte de 1 quando considerada a amplitude de 0 a 3. Também em relação à ansiedade de 88 respondentes, 8 (9.09%) apresentam valores acima do ponto de corte 1, considerando a amplitude de 0 a 3. Seguindo estes critérios teremos nesta população 26.13% de

deprimidos, 22.72% a apresentarem níveis elevados de stresse e 9.09% com níveis elevados de ansiedade.

Gráfico 4 - Valores médios da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21)



Os valores obtidos na escala de depressão geriátrica (GDS-15) apresentam um valor mínimo de 0.00 e máximo de 15.00, uma média de 6.59, mediana de 6.00 e desvio padrão de 4.17. O que traduz presença de depressão, segundo o critério da versão portuguesa de considerar como tal quando surgem valores superiores a 5. Numa análise em pormenor 48 (54.54%) das pessoas idosas estudadas apresentam valores superiores a 5.

Ao estudarmos as diferenças de médias para as categorias e valor global do domínio psicológico do PAMPI-AVC e do estado cognitivo (MMSE), bem como da ansiedade, depressão e stresse (DASS-21 e GDS-15) não encontramos diferenças estatísticas significativas, aferidos com as estatísticas *t de student* e ANOVA, nos subgrupos das variáveis coabitação antes do AVC, tipo de ajuda, nível socioeconómico, e tipo de AVC (Quadros 30; 31; 32; 33).

Quadro 30 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da coabitação antes do AVC.

| Coabitação antes do AVC | Sozinho N=41 Média | Cônjuge N=21 média | Outros N=26 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 55.69 | 56.34 | 55.12 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 48.78 | 54.01 | 45.59 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 57.22 | 61.53 | 57.32 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 59.14 | 62.79 | 60.33 | n.s. |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 57.19 | 59.76 | 54.23 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 53.13 | 52.38 | 50.54 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 53.14 | 56.82 | 51.27 | n.s. |
| Estado cognitivo (MMS) | 26.02 | 26.86 | 26.04 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 5.41 | 3.90 | 5.00 | n.s. |
| Ansiedade (DASS-21) | 3.46 | 2.14 | 2.35 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 5.41 | 3.43 | 3.54 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS- 15) | 6.93 | 5.38 | 7.04 | n.s. |

Quadro 31 - Comparação de valores médios, categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do tipo de ajuda.

| Tipo de ajuda | Pessoa sg/familiar N=65 média | Institucional N=21 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 54.23 | 58.33 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 49.26 | 47.51 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 58.66 | 57.96 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 60.38 | 59.52 | n.s. |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 54.84 | 61.42 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 51.64 | 52.89 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 53.30 | 53.29 | n.s. |
| Estado cognitivo (MMS) | 25.98 | 26.76 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 4.86 | 5.33 | n.s. |
| Ansiedade (DASS-21) | 2.92 | 2.38 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 4.40 | 4.14 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 6.48 | 7.05 | n.s. |

Quadro 32 - Comparação de valores médios, nas categoriase no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do nível socioeconómico.

| Nível socioeconómico | Elevado N=8 Média | Médio N=42 média | Baixo N=38 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 54.16 | 58.53 | 52.85 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 47.65 | 50.17 | 48.19 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 56.97 | 59.84 | 56.83 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 61.71 | 58.48 | 62.17 | n.s. |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 52.50 | 56.90 | 57.89 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 52.67 | 52.55 | 51.69 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 52.23 | 54.35 | 52.74 | n.s. |
| Estado cognitivo (MMS) | 26.75 | 26.69 | 25.61 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 2.75 | 5.10 | 5.21 | n.s. |
| Ansiedade (DASS-21) | 2.50 | 2.62 | 3.11 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 2.25 | 4.38 | 4.84 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS- 15) | 5.88 | 6.36 | 7.00 | n.s. |

Quadro 33 - Comparação de valores médios, nas categoriase no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do tipo de AVC.

| Tipo de AVC | Isquémico N=73 média | Hemorrágico N=13 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 55.13 | 61.53 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 48.92 | 51.04 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 58.50 | 57.54 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 60.61 | 59.61 | n.s. |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 56.84 | 57.69 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 51.12 | 55.76 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 53.30 | 54.91 | n.s. |
| Estado cognitivo (MMS) | 26.21 | 26.31 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 4.75 | 5.38 | n.s. |
| Ansiedade (DASS-21) | 2.79 | 2.92 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 4.21 | 5.38 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 6.48 | 7.00 | n.s. |

A categoria “*cognitivo-motor*” do domínio Psicológico do PAMPI-AVC diferencia-se e com significância estatística em relação ao local de permanência após AVC com as pessoas idosas, que ingressam na RNCCI após alta hospitalar a apresentar valores médios mais elevados do que os que provêm do domicílio (Quadro 34). Também existem diferenças em relação ao grupo etário, sendo os valores médios mais elevados para os que tem menos de 64 anos (69.11) e mais baixos para os que se situam entre os 75-84 anos de idade (45.29) (Quadro 35). São também os idosos do sexo masculino, que pontuam mais nesta dimensão (61.21) e em relação ao nível de escolaridade, diferenciam-se significativamente as médias num crescendo em que os analfabetos/sem instrução apresentam uma média de 36.20 e as pessoas idosas com mais de 10 anos de instrução uma média de 78.12 (Quadros 36; 37).

Quadro 34 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do local de permanência após AVC.

| Local permanência após AVC | Domicílio N=9 média | RNCCI N=79 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|---------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 35.18 | 58.01 | 0.008 |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 38.88 | 50.25 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 53.63 | 58.81 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 56.25 | 60.83 | n.s. |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 46.66 | 58.10 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 44.44 | 53.07 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 44.74 | 54.46 | n.s. |
| Estado cognitivo (MMS) | 27.00 | 26.14 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 5.56 | 4.86 | n.s. |
| Ansiedade (DASS-21) | 2.67 | 2.84 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 3.67 | 4.47 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 8.00 | 6.43 | n.s. |

Quadro 35 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do grupo etário.

| Grupo etário | <65 N=17 média | 65-74 N=27 média | 75-84 N=39 média | >= 85 N=5 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 69.11 | 62.65 | 45.29 | 53.33 | p= 0.002 |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 60.90 | 46.72 | 46.07 | 45.20 | p= 0.020 |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 70.47 | 55.91 | 54.58 | 58.46 | p= 0.002 |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 76.83 | 53.93 | 58.17 | 56.25 | p= 0.003 |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 72.94 | 52.03 | 53.71 | 54.00 | p= 0.001 |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 62.60 | 48.80 | 49.45 | 56.42 | p= 0.039 |
| PAMPI-AVC global psicológico | 65.99 | 50.95 | 49.97 | 51.69 | p= 0.002 |
| Estado cognitivo (MMS) | 26.74 | 26.03 | 23.80 | 26.23 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 3.12 | 4.04 | 6.44 | 4.20 | p= 0.043 |
| Ansiedade (DASS-21) | 1.47 | 2.44 | 3.74 | 2.20 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 3.94 | 3.85 | 5.18 | 2.60 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 4.76 | 6.33 | 7.44 | 7.60 | n.s. |

Quadro 36 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do sexo.

| Sexo | Masculino N=52 média | Feminino N=36 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 61.21 | 47.68 | p= 0.011 |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 51.88 | 45.05 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 60.79 | 54.64 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 63.58 | 55.72 | n.s. |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 58.84 | 54.16 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 55.90 | 46.82 | p= 0.016 |
| PAMPI-AVC global psicológico | 56.41 | 49.21 | p= 0.031 |
| Estado cognitivo (MMS) | 26.54 | 25.78 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 4.12 | 6.11 | p= 0.044 |
| Ansiedade (DASS-21) | 1.98 | 4.03 | p= 0.003 |
| Stresse (DASS-21) | 3.60 | 5.53 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS- 15) | 6.15 | 7.22 | n.s. |

Quadro 37 - Comparação de valores médios, nas Categoriase no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do nível de escolaridade.

| Nível escolaridade | Anaf/Ler s/inst. N=29 média | 1 a 4 anos N=37 média | 5 a 9 anos N=14 média | + de 10 anos N=8 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 36.20 | 62.16 | 66.07 | 78.12 | p< 0.001 |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 41.95 | 50.08 | 55.20 | 59.63 | p= 0.021 |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 51.19 | 59.25 | 68.81 | 61.05 | p= 0.002 |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 50.86 | 63.00 | 69.64 | 66.40 | p= 0.020 |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 49.13 | 59.45 | 65.00 | 59.37 | p= 0.034 |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 44.82 | 53.57 | 58.92 | 60.71 | p= 0.023 |
| PAMPI-AVC global psicológico | 45.42 | 55.05 | 61.32 | 61.55 | p= 0.002 |
| Estado cognitivo (MMS) | 25.17 | 26.11 | 27.36 | 28.63 | p= 0.005 |
| Depressão (DASS-21) | 6.86 | 4.86 | 3.00 | 1.63 | p= 0.006 |
| Ansiedade (DASS-21) | 3.52 | 3.14 | 1.43 | 1.25 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 5.72 | 4.43 | 3.57 | 0.75 | p= 0.039 |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 8.00 | 6.62 | 5.36 | 3.50 | p= 0.027 |

O valor do rendimento é outra variável sensível para o PAMPI-AVC “*cognitivo-motor*”, pois as pessoas idosas com rendimentos superiores a 500 euros mês apresentam valores significativamente mais elevados (69.92) (Quadro 38).

O tempo decorrido após o AVC, no subgrupo 1 a 3 meses apresenta a média mais elevada 56.25, a diferenciar-se com significado estatístico dos outros grupos. (Quadro 39). A forma como percebe o estado de saúde, também se diferencia com significado surgindo o grupo “muito bom/bom” com os valores mais elevados (Quadro 40).

Quadro 38 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do valor do rendimento.

| Valor do rendimento | <500 euros N=65 média | >500 euros N=23 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 50.64 | 69.92 | p= 0.001 |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 45.57 | 59.01 | p= 0.001 |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 55.23 | 66.88 | p= 0.001 |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 57.11 | 69.56 | p= 0.006 |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 54.84 | 62.82 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 48.84 | 61.64 | p= 0.002 |
| PAMPI-AVC global psicológico | 50.15 | 62.84 | p= 0.001 |
| Estado cognitivo (MMS) | 25.54 | 28.17 | P< 0.001 |
| Depressão (DASS-21) | 5.80 | 2.48 | p= 0.002 |
| Ansiedade (DASS-21) | 3.12 | 1.96 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 4.97 | 2.74 | p= 0.041 |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 7.46 | 4.13 | p= 0.001 |

Quadro 39 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do tempo decorrido após AVC.

| Tempo decorrido após AVC | 1-3 meses N=68 média | 4-7 meses N=14 média | 8-12 meses N=6 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 56.25 | 55.95 | 48.61 | p< 0.001 |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 51.24 | 41.74 | 41.84 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 60.01 | 50.68 | 56.41 | p= 0.019 |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 61.67 | 54.46 | 59.37 | n.s. |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 59.63 | 44.64 | 55.00 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 54.09 | 45.66 | 45.83 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 55.39 | 46.23 | 48.51 | p= 0.014 |
| Estado cognitivo (MMS) | 26.37 | 26.14 | 24.83 | p= 0.018 |
| Depressão (DASS-21) | 4.40 | 6.71 | 6.83 | p= 0.017 |
| Ansiedade (DASS-21) | 2.65 | 3.07 | 4.17 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 4.28 | 4.86 | 4.50 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 6.03 | 8.14 | 9.33 | n.s. |

Quadro 40 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da percepção do estado de saúde.

| Como percebe o estado de saúde | Muito Bom /Bom N=17 média | Razoável N=45 média | Mau / Muito mau N=26 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 67.15 | 57.59 | 44.87 | p= 0.010 |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 60.17 | 51.48 | 37.70 | p< 0.001 |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 62.66 | 61.70 | 49.48 | p= 0.001 |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 71.69 | 62.63 | 49.03 | p= 0.001 |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 71.17 | 59.00 | 44.03 | p< 0.001 |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 61.97 | 54.20 | 42.30 | p= 0.001 |
| PAMPI-AVC global psicológico | 63.15 | 55.99 | 42.77 | p< 0.001 |
| Estado cognitivo (MMS) | 26.18 | 26.67 | 25.50 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 3.35 | 3.84 | 7.85 | p< 0.001 |
| Ansiedade (DASS-21) | 2.47 | 2.31 | 3.92 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 3.00 | 4.31 | 5.42 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS- 15) | 5.06 | 5.76 | 9.04 | p= 0.001 |

A segunda categoria do domínio Psicológico considerada no PAMPI-AVC, “*percepção do estado de saúde*”, diferencia-se com significância estatística aferida através dos testes de diferenças de médias nas seguintes variáveis: grupo etário com idosos com menos de 65 a apresentar valores mais elevados; estado civil onde os valores mais elevados se encontram no subgrupo dos separados/divorciados; nas condições habitacionais sendo a média mais elevada naqueles, que as consideram ótimas ou boas; nos que consideram a relação familiar harmoniosa e os de maior nível de escolaridade também apresentam médias de percepção de estado de saúde mais elevadas; níveis mais elevados também no valor de rendimento mais elevado; no IMC normal (eutrofia); com menor intensidade da dor e melhor percepção do estado de saúde. (Quadros 35; 41; 42; 43; 37; 44; 45)

Quadro 41 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do estado civil.

| Estado civil | Cas/uf N=47 média | Solteiro N=8 média | Sep/Div N=8 média | Viuvo N=25 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 58.51 | 54.16 | 68.75 | 46.66 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 49.18 | 52.47 | 66.27 | 42.33 | p= 0.007 |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 57.48 | 67.06 | 69.71 | 53.30 | p= 0.014 |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 60.23 | 68.75 | 78.12 | 52.25 | p= 0.014 |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 57.34 | 61.25 | 75.00 | 49.00 | p= 0.005 |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 54.25 | 52.67 | 59.82 | 45.71 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 53.76 | 57.92 | 68.02 | 46.83 | p= 0.005 |
| Estado cognitivo (MMS) | 25.87 | 24.50 | 28.38 | 26.76 | p= 0.022 |
| Depressão (DASS-21) | 5.40 | 4.50 | 1.25 | 5.36 | n.s. |
| Ansiedade (DASS-21) | 3.23 | 2.63 | 1.13 | 2.64 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 5.21 | 3.63 | 2.25 | 3.76 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 7.04 | 5.50 | 2.63 | 7.36 | p= 0.024 |

Quadro 42 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função das condições habitacionais.

| Condições habitacionais | Ót/Boas N=56 média | Razoáveis N=24 média | Más/Pess. N=8 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 60.11 | 47.91 | 47.91 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 52.88 | 42.53 | 42.18 | p= 0.026 |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 60.71 | 54.16 | 53.60 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 62.27 | 57.03 | 57.03 | n.s. |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 59.46 | 53.54 | 49.37 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 53.95 | 49.55 | 47.76 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 56.48 | 48.41 | 47.54 | n.s. |
| Estado cognitivo (MMS) | 26.68 | 25.46 | 25.38 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 4.86 | 4.88 | 5.63 | n.s. |
| Ansiedade (DASS-21) | 2.82 | 2.75 | 3.00 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 4.09 | 4.83 | 5.13 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 5.96 | 7.79 | 7.38 | n.s. |

Quadro 43 - Comparação de valores médios, nas Categoriase no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da relação familiar.

| Relação familiar | Harmoniosa N=75 média | Conflituosa N=12 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 56.88 | 45.13 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 50.09 | 39.67 | p= 0.050 |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 59.58 | 47.59 | p= 0.008 |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 62.58 | 44.27 | p= 0.005 |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 57.40 | 50.41 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 53.23 | 43.75 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 54.60 | 43.60 | p= 0.019 |
| Estado cognitivo (MMS) | 26.51 | 24.25 | p= 0.009 |
| Depressão (DASS-21) | 4.57 | 6.92 | n.s. |
| Ansiedade (DASS-21) | 2.60 | 4.08 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 4.04 | 6.58 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 6.23 | 8.75 | n.s. |

Quadro 44 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função do índice de Massa Corporal.

| IMC | Baixo peso N=12 média | Eutrofia N=37 média | Sobrepeso N=34 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 46.52 | 54.95 | 59.55 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 38.45 | 53.20 | 50.45 | p= 0.037 |
| 0.006PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 45.67 | 60.18 | 61.31 | p= 0.006 |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 40.62 | 59.62 | 68.01 | p= 0.001 |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 40.83 | 61.89 | 60.44 | p= 0.001 |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 42.26 | 54.53 | 55.56 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 41.40 | 56.32 | 56.25 | p= 0.058 |
| Estado cognitivo (MMS) | 25.75 | 26.70 | 25.97 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 8.00 | 3.54 | 5.00 | p= 0.011 |
| Ansiedade (DASS-21) | 3.42 | 2.35 | 3.12 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 6.67 | 3.81 | 4.18 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS- 15) | 8.58 | 5.57 | 6.56 | n.s. |

Quadro 45 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da intensidade da dor.

| Intensidade da dor | 1 a 4 N=26 média | 5 a 6 N=14 média | 7 a 10 N=15 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 53.20 | 43.45 | 50.55 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 51.88 | 40.55 | 41.04 | p= 0.014 |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 60.05 | 53.15 | 53.58 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 62.98 | 51.33 | 54.16 | n.s. |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 60.76 | 45.71 | 49.66 | p= 0.027 |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 54.39 | 45.15 | 47.38 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 55.75 | 45.44 | 46.96 | p= 0.029 |
| Estado cognitivo (MMS) | 25.65 | 26.50 | 25.73 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 4.96 | 6.43 | 8.80 | p= 0.048 |
| Ansiedade (DASS-21) | 2.69 | 3.21 | 4.73 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 4.04 | 5.36 | 7.60 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 6.81 | 8.36 | 9.13 | n.s. |

No que diz respeito à categoria do domínio Psicológico, “*percepção de bem-estar*”, do PAMPI-AVC, diferencia-se com significado estatístico com valores mais elevados no grupo etário de menos de 65 anos (70.47); no grupo de separados/divorciados com valores também mais elevados (69.71); nas pessoas idosas que referem uma relação familiar harmoniosa (59.58); no nível de escolaridade entre os 5 e os 9 anos (68.81) sendo mais reduzido nos idosos analfabetos/sem instrução (51.19); mais elevado também nas pessoas idosas que têm rendimento superior a 500 euros mês (66.88); nos que têm menor tempo decorrido após AVC, 1 a 3 meses (60.01); nos que estão em unidades de convalescença (62.01); maior percepção de bem-estar ainda nos que

apresentam sobrepeso (61.31); nos que têm uma muito boa/boa percepção do estado de saúde (62.66). (Quadros 35; 41; 43; 37; 38; 46; 44; 40).

Quadro 46 - Comparação de valores médios, nas Categoriase no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da tipologia de internamento.

| Tipologia de internamento | Convalescença N=44 média | Média duração N=38 média | Longa duração N=6 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 56.43 | 56.79 | 43.05 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 52.22 | 47.06 | 38.88 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 62.01 | 55.76 | 46.79 | p= 0.024 |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 66.05 | 55.59 | 48.95 | p= 0.033 |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 59.31 | 55.92 | 45.83 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 55.51 | 49.71 | 43.45 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 56.75 | 51.33 | 42.85 | n.s. |
| Estado cognitivo (MMS) | 27.00 | 25.63 | 24.33 | p= 0.019 |
| Depressão (DASS-21) | 3.41 | 6.24 | 7.83 | p= 0.005 |
| Ansiedade (DASS-21) | 2.36 | 3.21 | 3.67 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 3.73 | 4.89 | 6.00 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 5.39 | 7.55 | 9.33 | p= 0.014 |

Na “*percepção da relação com os outros*”, os valores mais elevados com significado estatístico a diferenciar-se, encontram-se no grupo etário de menos 65 anos (76.83); nos separados/divorciados (78.12); nas pessoas idosas que indicam uma relação familiar harmoniosa (62.58); nos que têm um nível de escolaridade de 5 a 9 anos (69.64); nos de valor de rendimento mais elevado (69.56); nos que estão internados em unidades de convalescença (66.05); nos idosos com um IMC de sobrepeso (68.01); e nos que têm uma percepção do estado de saúde muito boa ou boa (71.69).

O grupo etário de menos de 65 anos apresenta valores mais elevados na categoria “*sentido de autonomia*” do PAMPI-AVC (72.94); o mesmo em relação ao grupo dos separados/divorciados (75.00); também se verificam os valores mais elevados no grupo de escolaridade de 5 a 9 anos (65.00); ainda no grupo de IMC eutrófico (61.89); nos que apresentam menor intensidade de dor (60.76); nos que têm uma percepção do estado de saúde de muito boa ou boa (71.17).

Ainda é no grupo etário de menos de 65 anos que as pessoas idosas apresentam valores mais elevados na categoria “*perspectivas futuras*” do PAMPI-AVC (62.60), sendo significativamente diferenciado no sexo masculino (55.90); também os valores mais elevados no grupo de escolaridade de mais de 10 anos (60.71); no grupo com valor de rendimento superior a 500 euros mensais (61.64); nos que têm uma percepção do estado de saúde de muito boa ou boa (61.97).

As médias para o conjunto das 88 pessoas idosas no domínio psicológico do PAMPI-AVC, apresentam valores mais elevados com diferenciação estatística nos seguintes

subgrupos: menores de 65 anos (65.99); separados/divorciados (68.02); mais de 10 anos de escolaridade (61.55); relação familiar harmoniosa (54.60); no rendimento superior a 500 euros mensais (62.84); no menor tempo decorrido após AVC (55.39); no índice de massa corporal eutrófico (56.32); nos que têm menor intensidade da dor (55.75); nos que apresentam muito boa ou boa percepção do estado de saúde (63.15).

No domínio estado cognitivo avaliado com o MMSE, encontramos diferenças estatísticas significativas com médias mais elevadas nas pessoas idosas do grupo separados/divorciados (28.38); nos que têm uma relação harmoniosa (26.51); nos de nível de escolaridade mais elevada, superior a 10 anos (28.63); nos de maior rendimento (28.17); nos de menor tempo após AVC (26.37); internados em unidades de convalescença (27.00).

As médias encontradas para a depressão avaliadas com a DASS-21 diferenciam-se em relação ao grupo etário com as pessoas idosas de 75-84 anos a apresentarem médias mais elevadas (6.44); as do sexo feminino, de igual forma, com médias mais elevadas (6.11); as que estão no grupo analfabetos/sem instrução também (6.86); ainda médias mais elevadas com diferenciação estatística nas de menor rendimento, inferior a 500 euros mensais (5.80); nas que apresentam mais tempo decorrido após AVC (6.83) e o mesmo para as que estão em internamentos de longa duração (7.83); nas que apresentam baixo peso (8.00); nas que têm história prévia de depressão (7.23); nas que têm intensidade de dor mais elevada (8.80); nas que percebem o seu estado de saúde como mau ou muito mau (7.85). (Quadros 35; 36; 37; 38; 39; 46; 44; 47; 40).

A dimensão ansiedade avaliada pela DASS-21 apresenta médias estatisticamente diferenciadas só em relação à variável sexo, com o grupo feminino a apresentar valores mais elevados (4.03).

A dimensão stresse avaliada pela DASS-21 apresenta médias estatisticamente diferenciadas nas variáveis: nível de escolaridade com o grupo de analfabetos/sem instrução a apresentar níveis mais elevados (5.72); o mesmo para os idosos do grupo de valor de rendimento mais baixo (4.97).

Através dos valores médios das pontuações obtidas para a depressão geriátrica avaliada pelo GDS-15 constatamos que os idosos viúvos apresentam valores mais elevados (7.36); mais elevadas as médias do grupo analfabetos/sem instrução (8.00); nos de menor rendimento (7.46); nos que se encontram nos internamentos de longa duração e manutenção (9.33); nos idosos que apresentam uma má ou muito má percepção do estado de saúde (9.04).

Quadro 47 - Comparação de valores médios, nas Categorias e no global do domínio Psicológico do PAMPI-AVC, do estado cognitivo (MMS) e da ansiedade, stresse e depressão (DASS-21 e GDS-15), em função da história prévia de depressão

| História prévia de depressão | Sim N=13 média | Não N=75 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------|----------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC cognitivo -motor | 50.64 | 56.55 | n.s. |
| PAMPI-AVC percepção estado de saúde | 44.07 | 49.95 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção de bem-estar | 54.58 | 58.92 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percepção da relação com outros | 54.80 | 61.33 | n.s. |
| PAMPI-AVC Sentido de autonomia | 49.61 | 58.20 | n.s. |
| PAMPI-AVC Perspectivas futuras | 47.80 | 52.95 | n.s. |
| PAMPI-AVC global psicológico | 48,59 | 54.31 | n.s. |
| Estado cognitivo (MMS) | 26.85 | 26.12 | n.s. |
| Depressão (DASS-21) | 7.23 | 4.53 | p= 0.050 |
| Ansiedade (DASS-21) | 5.08 | 2.43 | n.s. |
| Stresse (DASS-21) | 6.23 | 4.07 | n.s. |
| Depressão geriátrica (GDS -15) | 7.62 | 6.41 | n.s. |

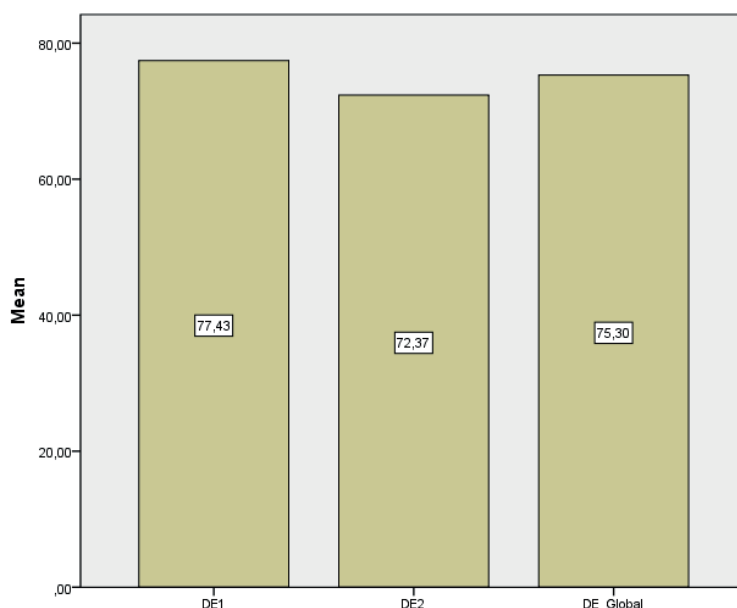
4.4 – O DOMÍNIO ESPIRITUAL AVALIADO COM O PAMPI-AVC E O CRUZAMENTO E COMPLEMENTARIDADE DE DADOS COM OS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS)

Para a caracterização dos aspectos espirituais do grupo amostral de 88 pessoas idosas recorreremos sobretudo aos dados fornecidos pelo PAMPI-AVC e completamos em complementaridade com os dados relacionados com os níveis de satisfação com a vida provenientes do instrumento SWLS.

O domínio Espiritual foi considerado no âmbito do PAMPI-AVC com duas categorias, religiosidade e positividade do sentido de vida e um valor global para o domínio. Na amostra em estudo, 88 pessoas idosas, os valores encontrados para cada uma das categorias e para o global são valores médios elevados, respectivamente a média de 77.43 (em 100) para a categoria “*religiosidade*”, com uma mediana de 80.68 e desvio padrão de 19.35, e média de 72.37 para a categoria “*positividade do sentido de vida*”, com mediana de 71.88 e desvio padrão de 14.62. Os valores globais do domínio situam-se numa média de 75.30 (em 100), uma mediana de 78.29 e um desvio padrão de 15.81. (Tabela 16 e Gráfico 5).

Tanto os valores médios das categorias como o valor global do domínio situam-se francamente acima do ponto de corte teórico em dois universos, considerada a amplitude, o dos valores mais baixos inferiores a 50 e dos valores mais elevados superiores a 50.

Gráfico 5 - Valores médios das categorias e do global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC



Na caracterização do domínio Espiritual consideramos ainda interessante apreciar as respostas ao instrumento *Satisfaction With Life Scale* – (SWLS). No conjunto das 88 pessoas idosas consideradas num universo teórico possível de cotação entre 5 e 25, surge uma média de 17.25 pontos, com uma mediana de 17.50 e um desvio padrão de 4.83. Ou seja, a média encontra-se acima do ponto de corte 15 considerada a divisão em dois grupos, um de baixa satisfação e outro de elevada satisfação.

A categoria “*religiosidade*” avaliada com o PAMPI-AVC, analisada considerando variáveis sociodemográficas, biológicas e de saúde apresenta resultados médios diferenciados em algumas variáveis. Assim, podemos encontrar níveis mais elevados de religiosidade no sexo feminino (85.85), do que no masculino (71.59), diferença com significado estatístico aferido através da estatística *teste t de student*. (Quadro 48)

Quadro 48 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do sexo.

| Sexo | Masculino N=52 média | Feminino N=36 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 71.59 | 85.85 | p< 0.001 |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 70.67 | 74.82 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 71.20 | 81.21 | p= 0.003 |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 17.71 | 16.58 | n.s. |

A categoria “*religiosidade*” apresenta ainda diferenças estatísticas significativas nas médias, quando considerado o nível de escolaridade, numa progressão decrescente das

médias entre o grupo de analfabetos/sem instrução (84.95), 1 a 4 anos (76.71), 5 a 9 anos (72.88), mais de 10 anos (61.36). (Quadro 49)

Quadro 49 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do nível de escolaridade.

| Nível de escolaridade | Anaf/Ler s/inst. N=29 média | 1 a 4 anos N=37 média | 5 a 9 anos N=14 média | + de 10 anos N=8 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 84.95 | 76.71 | 72.88 | 61.36 | p= 0.011 |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 73.38 | 71.85 | 72.99 | 69.92 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 80.08 | 74.67 | 72.93 | 64.96 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 16.34 | 18.46 | 15.93 | 17.25 | n.s. |

Ainda também a categoria “*religiosidade*” diferencia-se com significado estatístico nos grupos de tipo de ajuda, “pessoa significativa/familiar” com uma média mais elevada (78.91), e “institucional” com valor de (73.16). (Quadro 50)

Quadro 50 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do tipo de ajuda.

| Tipo de ajuda | Pessoa sg/familiar N=65 média | Institucional N=21 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 78.91 | 73.16 | p= 0.044 |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 73.12 | 71.57 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 76.47 | 72.49 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 17.80 | 15.67 | n.s. |

A categoria “*religiosidade*” apresenta ainda valores médios diferentes, considerando subgrupos de outras variáveis, mas sem significado estatístico aferido pelos testes de diferenças de médias ANOVA e *t de student para amostras independentes*, como é o caso do grupo etário, do estado civil, das condições habitacionais, da coabitação antes de AVC, da relação familiar, do nível socioeconómico, do tipo de AVC, do local de permanência após AVC, do IMC, da história prévia de depressão e da intensidade da dor. Estas variáveis não apresentam diferenças de médias com significado estatístico para nenhuma das categorias do domínio Espiritual, nem para o seu global, nem ainda para a satisfação com a vida (SWLS) (Quadros 51; 52; 53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61)

Quadro 51 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do grupo etário.

| Grupo etário | <65 N=17 média | 65-74 N=27 média | 75-84 N=39 média | >= 85 N=5 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 68.44 | 76.85 | 82.51 | 71.36 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 78.30 | 69.79 | 72.59 | 64.37 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 72.60 | 73.87 | 78.34 | 68.42 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 18.00 | 17.85 | 16.74 | 15.40 | n.s. |

Quadro 52 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do estado civil.

| Estado civil | Cas/uf N=47 média | Solteiro N=8 média | Sep/Div N=8 média | Viuvo N=25 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 76.01 | 79.54 | 74.71 | 80.27 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 72.20 | 84.37 | 71.87 | 69.00 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 74.41 | 81.57 | 73.51 | 75.52 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 18.00 | 18.00 | 16.63 | 15.80 | n.s. |

Quadro 53 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função das condições habitacionais.

| Condições habitacionais | Ót/Boas N=56 média | Razoáveis N=24 média | Más/Pess. N=8 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 78.53 | 71.68 | 86.93 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 74.05 | 66.92 | 76.95 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 76.64 | 69.68 | 82.73 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 17.95 | 16.42 | 14.88 | n.s. |

Quadro 54 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da coabitação antes do AVC.

| Coabitação antes do AVC | Sozinho N=41 média | Cônjuge N=21 média | Outros N=26 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 78.99 | 82.79 | 70.62 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 72.63 | 76.19 | 68.87 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 76.31 | 80.01 | 69.88 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 17.98 | 17.14 | 16.19 | n.s. |

Quadro 55 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da relação familiar.

| Relação familiar | Harmoniosa N=75 média | Conflituosa N=12 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 78.21 | 72.53 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 73.45 | 64.06 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 76.21 | 68.96 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 17.69 | 14.50 | n.s. |

Quadro 56 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do nível socioeconómico.

| Nível socioeconómico | Elevado N=8 média | Médio N=42 média | Baixo N=38 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 63.63 | 79.00 | 78.58 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 68.75 | 72.69 | 72.77 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 65.78 | 76.34 | 76.14 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 16.38 | 17.81 | 16.82 | n.s. |

Quadro 57 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do tipo de AVC.

| Tipo de AVC | Isquémico N=73 média | Hemorrágico N=13 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 77.30 | 77.79 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 72.90 | 71.87 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 75.45 | 75.30 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 17.21 | 17.85 | n.s. |

Quadro 58 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do local de permanência após AVC.

| Local permanência após AVC | Domicílio N=9 média | RNCCI N=79 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|---------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 84.09 | 76.66 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 74.65 | 72.11 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 80.11 | 74.75 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 17.22 | 17.25 | n.s. |

Quadro 59 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do índice de Massa Corporal.

| IMC | Baixo peso N=12 média | Eutrofia N=37 média | Sobrepeso N=34 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 73.10 | 78.99 | 79.01 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 65.62 | 72.97 | 75.64 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 69.95 | 76.45 | 77.59 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 15.42 | 18.43 | 17.26 | n.s. |

Quadro 60 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da história prévia de depressão.

| História prévia de depressão | Sim N=13 média | Não N=75 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------|----------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 77.09 | 77.48 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 69.71 | 72.83 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 73.98 | 75.52 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 17.85 | 17.15 | n.s. |

Quadro 61 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da intensidade da dor.

| Intensidade da dor | 1 a 4 N=26 média | 5 a 6 N=14 média | 7 a 10 N=15 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 79.02 | 81.65 | 80.90 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 74.39 | 70.75 | 69.79 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 77.07 | 77.06 | 76.22 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 17.42 | 15.29 | 15.27 | n.s. |

Não encontramos diferenças significativas de médias na categoria “*religiosidade*” para as variáveis valor do rendimento, do tempo decorrido após AVC, da tipologia de internamento, de como percebe o estado de saúde. Mas estas variáveis apresentam diferenças com significância estatística, quando consideradas outras categorias.

A categoria “*positividade do sentido de vida*” do PAMPI-AVC, apresenta diferenças de médias com significado estatístico apenas na variável percepção do estado de saúde. Sendo que uma percepção Muito boa ou boa tem valores mais elevados (81.06), uma percepção razoável tem valores médios de 72.29 e uma percepção má ou muito má apresenta os valores médios mais baixos (66.82). (Quadro 62)

Quadro 62 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da percepção do estado de saúde.

| Como percebe o estado de saúde | Muito Bom /Bom N=17 média | Razoável N=45 média | Mau / Muito mau N=26 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 83.15 | 76.16 | 75.87 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 81.06 | 72.29 | 66.82 | p= 0.006 |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 82.27 | 74.53 | 72.06 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 19.29 | 17.98 | 14.65 | p= 0.002 |

No que diz respeito ao domínio Espiritual global encontramos diferenças de sexo com o sexo feminino a apresentar valores médios mais elevados (81.21), comparado com o masculino (71.20), diferença que tem significado estatístico, o que acompanha o que já tínhamos para a categoria religiosidade. (Quadro 48)

Ao analisar a dimensão “satisfação com a vida” (SWLS) constatamos diferenças significativas em quatro variáveis: como percebe o estado de saúde, tempo decorrido após o AVC, tipologia de internamento e valor do rendimento. (Quadros 62; 63; 64; 65)

As diferenças na satisfação com a vida vão no seguinte sentido: é mais elevada a satisfação naqueles que têm uma percepção do estado de saúde muito bom ou bom, quanto menor tempo decorrido após AVC maior satisfação, a acompanhar esta tendência na tipologia de internamento é maior a satisfação com a vida nas unidades de

convalescença, também e ainda nos que apresentam rendimentos mais elevados (subgrupo de rendimentos superiores a 500 euros).

Quadro 63 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do tempo decorrido após AVC.

| Tempo decorrido após AVC | 1-3 meses N=68 média | 4-7 meses N=14 média | 8-12 meses N=6 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 76.13 | 82.95 | 79.16 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 72.93 | 72.09 | 66.66 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 74.78 | 78.38 | 73.90 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 17.94 | 15.43 | 13.67 | p= 0.033 |

Quadro 64 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função da tipologia de internamento.

| Tipologia de internamento | Convale scença N=44 média | Média duração N=38 média | Longa duração N=6 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 76.54 | 77.39 | 84.09 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 74.78 | 70.39 | 67.18 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 75.80 | 74.44 | 76.97 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 18.34 | 16.66 | 13.00 | p= 0.022 |

Quadro 65 - Comparação de valores médios, nas categorias e no global do domínio Espiritual do PAMPI-AVC e da satisfação com a vida (SWLS), em função do valor do rendimento.

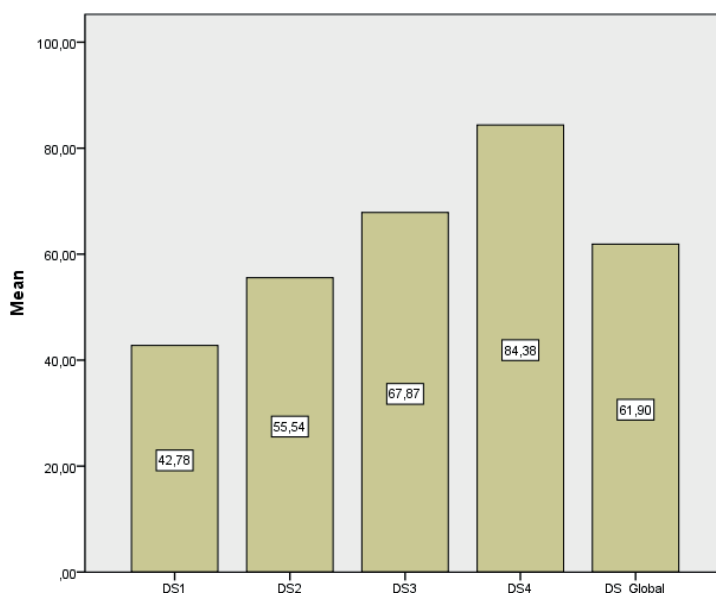
| Valor do rendimento | <500 euros N=65 média | >500 euros N=23 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Religiosidade | 78.77 | 73.61 | n.s. |
| PAMPI-AVC Positividade do sentido de vida | 71.82 | 73.91 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio espiritual global | 75.85 | 73.74 | n.s. |
| Satisfação com a vida (SWLS) | 16.48 | 19.43 | p= 0.011 |

4.5 – O DOMÍNIO SOCIAL (PAMPI-AVC) E A COMPLEMENTARIDADE DE DADOS COM OUTROS INSTRUMENTOS: PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL DISPONÍVEL (SSQ6 N E SSQ6S)

Os aspectos sociais caracterizadores das 88 pessoas idosas, que compõem a amostra deste estudo, resultam do material colhido com o PAMPI-AVC, no domínio Social e suas categorias e subcategorias, bem como dados complementares resultantes das respostas ao instrumento SSQ6, que avalia o número de referências e o grau de satisfação com o apoio social percebido.

A avaliação do domínio Social efectuada com o PAMPI-AVC permite determinar os aspectos sociais das 88 pessoas idosas da nossa amostra em duas categorias e três subcategorias e num valor global. Tanto as categorias como o valor global foram transformados num contínuo de valores entre 0 e 100, sendo que para o domínio social global o valor médio atingido pela amostra situa-se nos 61.90. Este valor situa-se claramente acima do ponto de corte médio, considerando a amplitude teórica (50), ou se por outro lado se quiser assumir como ponto de corte a mediana 61.61, situa-se de igual modo no quadrante superior. Assim sendo as 88 pessoas idosas avaliam em valores médios a dimensão social de forma superior à média teórica e à mediana.

Gráfico 6 - Valores médios das categorias e subcategorias e do global do domínio Social do PAMPI-AVC



As duas categorias do domínio Social do PAMPI-AVC apresentam uma média em crescendo, sendo que a primeira categoria – “*Status/Papéis*” e a primeira subcategoria da categoria “*Relações de proximidade*” - percepção do relacionamento familiar têm valores abaixo da média global do domínio (61.90) e ainda a categoria “*Status/Papéis*” (42.78), está, em termos médios, abaixo do ponto de corte teórico (50). Já as subcategorias da categoria “*Relações de proximidade*”, respectivamente, percepção do relacionamento familiar, percepção do relacionamento da rede social e a percepção da relação com serviços prestadores de cuidados situam-se acima do ponto de corte teórico e com valores acima da média do domínio Social no seu todo. (Gráfico 6).

As 88 pessoas idosas estudadas apresentam um valor médio de 42.78 na categoria “*Status/Papéis*” no domínio Social do PAMPI-AVC, com uma mediana de 39.29, desvio padrão de 20.53 e uma amplitude de 0 a 100 (Tabela 16), ou seja, a média situa-se em

valores inferiores ao corte médio possível (50), de onde podemos fazer a leitura, que o *Status* e os papéis são em média pontuados num nível baixo.

Olhando em pormenor esta categoria “*Status/Papéis*” do PAMPI-AVC cruzado com variáveis sócio-demográficas, biológicas e de saúde, permite-nos constatar diferenças de médias com significado estatístico, aferidas pelas estatísticas para diferenças de médias ANOVA e teste *t*. Nomeadamente no que refere ao grupo etário (Quadro 66) com as pessoas idosas mais novas a pontuar mais na média de “*Status/Papéis*” e os mais velhos com médias mais baixas. Também os idosos do sexo masculino apresentam valores mais elevados e também com significado estatístico (Quadro 67). As pessoas idosas com o nível mais elevado de escolaridade pontuam mais nestes com valores médios, diferenciando-se com significado estatístico dos que têm nível de escolaridade mais baixo. (Quadro 68)

Quadro 66 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do grupo etário.

| Grupo etário | <65 N=17 média | 65-74 N=27 média | 75-84 N=39 média | >= 85 N=5 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 55.04 | 42.06 | 39.46 | 30.71 | p= 0.029 |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 62.74 | 53.08 | 54.70 | 50.83 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 73.67 | 64.72 | 67.50 | 68.00 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 89.41 | 84.25 | 83.20 | 77.00 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 69.48 | 60.05 | 60.55 | 56.60 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.88 | 1.74 | 1.98 | 1.50 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.52 | 5.34 | 5.44 | 5.23 | n.s. |

Quadro 67 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do sexo.

| Sexo | Masculino N=52 média | Feminino N=36 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 47.52 | 35.91 | p= 0.008 |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 57.37 | 52.89 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 69.42 | 65.62 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 84.03 | 84.86 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 63.97 | 58.90 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.91 | 1.77 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.46 | 5.34 | n.s. |

Quadro 68 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do nível de escolaridade.

| Nível de escolaridade | Anaf/Ler s/inst. N=29 média | 1 a 4 anos N=37 média | 5 a 9 anos N=14 média | + de 10 anos N=8 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 32.14 | 44.88 | 51.02 | 57.14 | p= 0.002 |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 48.56 | 57.20 | 60.11 | 65.10 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 63.70 | 69.12 | 68.92 | 75.31 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 83.96 | 84.05 | 87.85 | 81.25 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 56.18 | 63.17 | 65.94 | 69.64 | p= 0.034 |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.72 | 1.97 | 1.71 | 2.08 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.29 | 5.34 | 5.55 | 5.95 | p= 0.010 |

Não se encontram diferenças estatísticas significativas quando comparados os três níveis socioeconómicos (elevado, médio e baixo), por outro lado já são significativas as diferenças no valor de rendimento considerado em dois grupos (inferior a 500 euros mensais e superior a 500 euros), sendo neste caso valores superiores a 500 euros com maiores médias de “*Status/Papéis*” (Quadros 69 e 70).

Quadro 69 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do nível socioeconómico.

| Nível socioeconómico | Elevado N=8 média | Médio N=42 média | Baixo N=38 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 42.85 | 43.02 | 42.48 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 55.20 | 55.85 | 55.26 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 64.37 | 67.20 | 69.34 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 87.50 | 82.97 | 85.26 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 61.16 | 61.54 | 62.45 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.56 | 1.93 | 1.84 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.56 | 5.42 | 5.38 | n.s. |

Quadro 70 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do valor do rendimento.

| Valor do rendimento | <500 euros N=65 média | >500 euros N=23 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 38.24 | 55.59 | p< 0.001 |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 51.60 | 66.66 | p= 0.001 |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 64.26 | 78.04 | p< 0.001 |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 83.46 | 86.45 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 58.47 | 71.58 | p< 0.001 |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.78 | 2.06 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.32 | 5.68 | p= 0.001 |

Por outro lado, as pessoas idosas com menor intensidade de dor, com um índice de massa corporal maior e com uma muito boa ou boa percepção do estado de saúde, apresentam níveis mais elevados nas médias de “*Status/Papéis*” do PAMPI-AVC. Também são as pessoas idosas, que se encontram nas unidades de convalescença que apresentam níveis mais elevados a diferenciarem-se estatisticamente com significado dos de média duração e reabilitação e dos de longa duração e manutenção. (Quadro 71; 72; 73; 74)

Quadro 71 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da intensidade da dor.

| Intensidade da dor | 1 a 4 N=26 média | 5 a 6 N=14 média | 7 a 10 N=15 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 44.23 | 30.10 | 32.38 | p= 0.023 |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 55.60 | 54.46 | 44.44 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 69.32 | 68.03 | 60.83 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 83.65 | 82.50 | 82.66 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 62.67 | 58.22 | 54.10 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.84 | 1.78 | 1.80 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.25 | 5.25 | 5.43 | n.s. |

Quadro 72 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do Índice de Massa corporal.

| IMC | Baixo peso N=12 média | Eutrofia N=37 média | Sobrepeso N=34 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 25.59 | 48.45 | 44.85 | p= 0.002 |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 40.27 | 58.67 | 58.33 | p= 0.008 |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 53.75 | 70.87 | 70.58 | p= 0.004 |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 81.66 | 85.13 | 84.85 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 48.80 | 65.20 | 64.07 | p= 0.001 |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.68 | 1.81 | 1.99 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.51 | 5.35 | 5.50 | n.s. |

Quadro 73 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da percepção do estado de saúde.

| Como percebe o estado de saúde | Muito Bom /Bom N=17 média | Razoável I N=45 média | Mau / Muito mau N=26 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 55.04 | 44.84 | 31.18 | p< 0.001 |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 63.23 | 57.50 | 47.11 | p= 0.013 |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 73.23 | 69.61 | 61.34 | p= 0.038 |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 94.11 | 83.55 | 79.42 | p< 0.001 |
| PAMPI-AVC domínio social global | 70.27 | 63.31 | 53.98 | p< 0.001 |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 2.00 | 1.80 | 1.86 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.49 | 5.37 | 5.44 | n.s. |

Quadro 74 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da tipologia de internamento.

| Tipologia de internamento | Convalescença N=44 média | Média duração N=38 média | Longa duração N=6 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 48.21 | 39.75 | 22.02 | p= 0.005 |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 58.99 | 55.26 | 31.94 | p= 0.003 |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 71.02 | 66.97 | 50.41 | p= 0.012 |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 87.04 | 82.50 | 76.66 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 65.60 | 60.43 | 44.04 | p= 0.001 |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.80 | 1.92 | 1.86 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.44 | 5.39 | 5.33 | n.s. |

Em relação ao PAMPI-AVC “*Status/Papéis*” não se encontraram diferenças significativas para as variáveis estado civil, condições habitacionais, coabitação antes do AVC, relação familiar, tipo de ajuda, tipo de AVC, local de permanência após AVC (domicílio ou rede), tempo decorrido após AVC e história prévia de depressão.

O estudo das diferenças de médias em pormenor em relação ao tipo de ajuda, ao nível socioeconómico, ao local de permanência após AVC, ao tempo decorrido após AVC, e à história prévia de depressão não se encontraram diferenças de médias estatisticamente significativas para qualquer uma das duas categorias e três subcategorias e do global do domínio Social do PAMPI-AVC e da Percepção do Suporte Social (SSQ6N e SSQ6S). (Quadros 76; 69; 77; 78; 79).

Quadro 75 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do estado civil.

| Estado civil | Cas/uf N=47 média | Soltei. N=8 média | Sep/Div N=8 média | Viuvo N=25 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 44.37 | 37.50 | 54.91 | 37.57 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 57.09 | 53.12 | 60.41 | 51.83 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 67.18 | 72.50 | 74.06 | 65.70 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 84.46 | 90.00 | 88.75 | 81.00 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 62.40 | 62.72 | 68.97 | 58.42 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 2.16 | 1.56 | 1.52 | 1.50 | p= 0.001 |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.53 | 5.35 | 5.39 | 5.22 | n.s. |

Quadro 76 - : Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do tipo de ajuda.

| Tipo de ajuda | Pessoa sg/familiar N=65 média | Institucion. N=21 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 41.81 | 44.72 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 56.28 | 51.38 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 68.19 | 66.42 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 84.38 | 84.04 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 61.93 | 60.92 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.90 | 1.69 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.42 | 5.38 | n.s. |

Quadro 77 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do local de permanência após AVC.

| Local permanência após AVC | Domicílio N=9 média | RNCCI N=79 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|---------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 41.66 | 42.90 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 59.25 | 55.11 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 69.72 | 67.65 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 82.77 | 84.55 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 62.79 | 61.79 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 2.01 | 1.84 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.25 | 5.43 | n.s. |

Quadro 78 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função do tempo decorrido após AVC.

| Tempo decorrido após AVC | 1-3 meses N=68 média | 4-7 meses N=14 média | 8-12 meses N=6 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 45.11 | 37.75 | 27.97 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 57.29 | 50.59 | 47.22 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 68.86 | 66.42 | 60.00 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 85.95 | 79.64 | 77.50 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 63.49 | 58.22 | 52.38 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.84 | 2.14 | 1.41 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.42 | 5.51 | 5.13 | n.s. |

Quadro 79 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da história prévia de depressão.

| História prévia de depressão | Sim N=13 média | Não N=75 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------|----------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 39.01 | 43.42 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 57.37 | 55.22 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 66.15 | 68.16 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 78.84 | 85.33 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 59.75 | 62.27 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 2.15 | 1.81 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.58 | 5.38 | n.s. |

As médias apresentadas pelos grupos etários, pelo sexo e pela intensidade da dor apenas se diferenciaram com significado estatístico, conforme já descrevemos para a categoria “*Status/Papéis*” do PAMPI-AVC. Em todas as outras subcategorias da categoria “*Relações de proximidade*” do PAMPI-AVC e na Percepção do Suporte Social (SSQ6N e SSQ6S) as diferenças de médias encontradas não são estatisticamente significativas. Quanto à subcategoria “percepção do relacionamento familiar” tem significado estatístico: médias mais elevadas nas condições habitacionais ótimas ou boas (Quadro 80), na relação familiar harmoniosa (Quadro 81), no valor de rendimentos superiores a 500 euros mensais (Quadro 70), nas tipologias de internamento mais curtas – unidades de convalescença (Quadro 74), no IMC normal (Quadro 72), na percepção de estado de saúde muito bom ou bom (Quadro 73).

Quadro 80 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da condição habitacional.

| Condições habitacionais | Ót/Boas N=56 média | Razoáveis N=24 média | Más/Pess. N=8 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 46.23 | 36.90 | 36.16 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 60.19 | 48.26 | 44.79 | p= 0.007 |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 70.04 | 64.47 | 62.81 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 84.19 | 84.79 | 84.37 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 64.50 | 57.73 | 56.13 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.87 | 1.79 | 1.95 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.45 | 5.28 | 5.56 | n.s. |

Quadro 81 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da relação familiar.

| Relação familiar | Harmoniosa N=75 média | Conflituosa N=12 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 43.76 | 33.92 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 57.27 | 43.75 | p= 0.021 |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 69.10 | 58.75 | p= 0.042 |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 85.26 | 77.91 | p= 0.045 |
| PAMPI-AVC domínio social global | 63.11 | 52.75 | p= 0.017 |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.92 | 1.48 | n.s. |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.42 | 5.38 | n.s. |

A média da “percepção de relacionamento familiar” para as 88 pessoas idosas é de 55.54, mediana 54.17 e desvio padrão de 18.88, valores acima do ponto de corte médio da amplitude possível (50). Sendo que de uma forma global os valores da média dos subgrupos se situam em torno da média geral temos no entanto, de assinalar valores baixos para o grupo de mais de 85 anos (50.83), más condições habitacionais (44.79), relação familiar conflituosa (43.75), nível escolaridade mais baixo (48.56), rendimento mais baixo (51.60), IMC de baixo peso (40.27), má ou muito má percepção do estado de saúde (47.11), mais elevada intensidade de dor (44.44), e ainda mais baixo (31.94) para as unidades de longa duração e manutenção.

Na “percepção do relacionamento da rede social” apresenta uma média de 67.87, para uma mediana de 70.00 e desvio padrão de 16.40. As diferenças de médias nos subgrupos das variáveis sócio-demográficas, biológicas e de saúde, são estatisticamente significativas com valores mais elevados nas relações familiares harmoniosas (69.10), para rendimentos superiores a 500 euros (78.04), para tipologia de internamento de convalescença (71.02), peso normal (eutrofia) no IMC e muito boa ou boa percepção do estado de saúde. Valores mais baixos de média na percepção do relacionamento da rede social encontram-se na relação familiar conflituosa (58.75), nos internamentos de longa duração e manutenção (50.41), nas pessoas idosas com IMC de baixo peso (53.75).

Na “percepção de relacionamento com serviços prestadores de cuidados” a média é de 84.38 para as 88 pessoas idosas, mediana de 80.00 e desvio padrão de 11.84, numa amplitude de pontuação teórica de 0 a 100 e de respostas neste estudo de 10 a 100. No estudo de pormenor encontramos diferenças estatisticamente significativas com valores mais elevados na relação familiar harmoniosa (85.26) e na muito boa ou boa percepção do estado de saúde (94.11).

A avaliação do domínio Social no seu global no PAMPI-AVC apresenta uma média de 61.90, uma mediana de 61.61 e um desvio padrão de 14.20 (numa amplitude teórica de 0 a 100 e com os resultados das 88 pessoas idosas de 11.61 a 96.43).

As diferenças de médias estatisticamente significativas foram registadas com valores mais elevados para uma relação familiar harmoniosa (63.11), um nível de escolaridade superior a 10 anos (69.64), com rendimento superior a 500 euros mensais (71.58), nas unidades de convalescença (65.60), eutrofia no IMC (65.20) e uma muito boa ou boa percepção do estado de saúde (70.27).

A Percepção do Suporte Social disponível diferencia-se no estado civil com os casados e em união de facto com médias mais elevada e os viúvos com médias mais baixas. As pessoas idosas com tipologia de AVC hemorrágico apresentam valores neste indicador mais elevados e estatisticamente significativos (2.34) (Quadro 82). Relativamente à coabitação antes do AVC para aqueles que viviam sozinhos a identificarem a percepção do suporte social agora mais elevada (2.13) (Quadro 83). Em termos médios para a totalidade da amostra a percepção do suporte social disponível tem uma média de 1.86, mediana de 1.83 e desvio padrão de 0.79. (Tabela 17)

A Satisfação com o Suporte Social disponível apresenta para a totalidade da amostra uma média de 5.42, mediana de igual valor e desvio padrão de 0.55, numa amplitude teórica de 1 a 6 e nos resultados apresentados de 3.5 a 6. Só no valor do rendimento e no nível de escolaridade encontramos diferenças de médias estatisticamente significativas com valores médios mais elevados para rendimentos superiores a 500 euros mês (5.68) e para o nível de escolaridade de mais de 10 anos (5.95).

Quadro 82 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da tipologia de AVC.

| Tipo de AVC | Isquémico N=73 média | Hemorrágico N=13 média | Teste diferença médias Teste t |
|---|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 42.90 | 44.78 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 54.68 | 60.57 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 67.36 | 70.19 | n.s. |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 85.00 | 82.30 | n.s. |
| PAMPI-AVC domínio social global | 61.68 | 63.94 | n.s. |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 1.78 | 2.34 | p= 0.032 |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.39 | 5.60 | n.s. |

Quadro 83 - Comparação de valores médios, nas categorias e subcategorias e no global do domínio Social do PAMPI-AVC e da percepção e satisfação com o suporte social disponível (SSQ6N e SSQ6S), em função da coabitação antes do AVC.

| Coabitação antes do AVC | Sozinho N=41 média | Cônjuge N=21 média | Outros N=26 média | Teste diferença médias ANOVA |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| PAMPI-AVC Status/papéis | 41.81 | 43.02 | 44.09 | n.s |
| PAMPI-AVC Percep. do relacionamento familiar | 57.01 | 54.16 | 54.32 | n.s |
| PAMPI-AVC Percep. relacionamento rede social | 66.15 | 70.47 | 68.46 | n.s |
| PAMPI-AVC Percep. relac.c/ serviços cuidados | 83.90 | 88.09 | 82.11 | n.s |
| PAMPI-AVC domínio social global | 61.28 | 63.26 | 61.77 | n.s |
| Percep. suporte social disponível (SSQ6N) | 2.13 | 1.48 | 1.73 | p= 0.004 |
| Satisfação com o suporte social dispon. (SSQ6S) | 5.44 | 5.18 | 5.56 | n.s |

O “cônjuge” surge na população de pessoas idosas, que constitui a nossa amostra, o mais referenciado, como aquele que é percebido como dando maior apoio social, com percentagens de referência todas elas superiores a 43.2%, valor para aqueles que o fazem sentir mais relaxado e 48.9% para aqueles com que realmente podem contar quando precisam de ajuda e para se preocupar consigo, ficando em percentagens intermédias desses valores a aceitação total 47.7%, a ajuda a sentir-se melhor 44.3% e para o consolar, quando está preocupado 46.6% (Quadros 86; 84; 90; 88; 92; 94).

Estes valores assumem significado especial e ainda mais relevante se pensarmos que 46.6% (41) das pessoas idosas não têm cônjuge, ou já não têm, ou nunca tiveram. À identificação do “cônjuge” como pessoa de referência, junta-se, embora com percentagens ligeiramente inferiores, “o filho e a filha” sendo que a identificação destas como as pessoas com que podem contar em caso de necessidade apresentam valores mais elevados e percentagens mais baixas, quando estes são identificados como as pessoas com que podem realmente contar para se sentirem mais relaxados.

De registar ainda que por ordem decrescente, após a categoria “filhos”, surge a categoria “outro elemento da família” a atingir os 38.6% de referências no item “Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda”.

Em relação ao “profissional/cuidador”, as percentagens não apresentando as médias mais baixas, espaço ocupado com significado pelos “irmãos e irmãs”, estão numa amplitude de referenciação entre os 5.7 e os 17.0%, respectivamente, para “aceitação total com defeitos e virtudes” e o “contar realmente quando precisa de ajuda”.

Os graus de satisfação com as pessoas referenciadas para o apoio social pontua largamente na categoria de “satisfeito” e “muito satisfeito”, ordens de grandeza a rondar os 98.9%, descendo apenas ligeiramente na “aceitação dos defeitos e virtudes” com 4.5% de “muito insatisfeitos” e “insatisfeitos” e 3.4% para contar com “apoio para consolar

quando está muito preocupado”. Ainda assim as médias do grau de satisfação para os seis itens considerados situam-se entre 5.30 e 5.49 numa amplitude de 1 a 6.

Outro dado a realçar é que os “vizinhos e os amigos” assumem relevância, nomeadamente superior aos “irmãos e irmãs” e muito perto dos “profissionais/cuidadores” passando inclusive “os amigos”, quando o apoio é para sentir-se mais relaxado e na compreensão de defeitos e virtudes.

Significativo é também que a dimensão “ninguém” fica deserta, quando as perguntas são “Com quem pode realmente contar quando precisa de ajuda” e “ Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa estar a acontecer a si”. Embora existam duas pessoas idosas que não encontram apoio para sentir-se realmente relaxados, duas que não encontram apoio para a aceitação total com defeitos e virtudes, uma que não encontra ninguém “quando está mesmo em baixo” e três que contam com “ninguém” para os consolar quando estão muito preocupados.

Quadro 84 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?”

| | Não referenciam | Referenciam | % das referencias |
|---------------------------|-----------------|-------------|-------------------|
| Cônjuge | 45 | 43 | 48.9 |
| Filho | 48 | 40 | 45.5 |
| Filha | 48 | 40 | 45.5 |
| Irmão | 82 | 6 | 6.8 |
| Irmã | 84 | 4 | 4.5 |
| Outro elemento da família | 54 | 34 | 38.6 |
| Amigo | 74 | 14 | 15.9 |
| Vizinho | 77 | 11 | 12.5 |
| Profissional/cuidador | 73 | 15 | 17.0 |
| Ninguém | 88 | 0 | - |

Quadro 85 - Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com as pessoas que pode contar quando precisa de ajuda.

(Amplitude 1-6; Média 5.41; Mediana 5.00)

| | n | % |
|--------------------|----|-------|
| Muito insatisfeito | 1 | 1.1 |
| Insatisfeito | 1 | 1.1 |
| Algo insatisfeito | - | - |
| Pouco satisfeito | - | - |
| Satisfeito | 43 | 48.9 |
| Muito satisfeito | 43 | 48.9 |
| Total | 88 | 100.0 |

Quadro 86 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se mais relaxado(a) quando está tenso(a) ou sob pressão?”

| | Não referenciam | Referenciam | % das referencias |
|---------------------------|-----------------|-------------|-------------------|
| Cônjuge | 50 | 38 | 43.2 |
| Filho | 57 | 31 | 35.2 |
| Filha | 56 | 32 | 36.4 |
| Irmão | 86 | 2 | 2.3 |
| Irmã | 87 | 1 | 1.1 |
| Outro elemento da família | 70 | 18 | 20.5 |
| Amigo | 74 | 14 | 15.9 |
| Vizinho | 82 | 6 | 6.8 |
| Profissional/cuidador | 77 | 11 | 12.5 |
| Ninguém | 86 | 2 | 2.3 |

Quadro 87 - :Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com as pessoas com que pode contar a sentir-se mais relaxado.

(Amplitude 3-6; Média 5.45; Mediana 5.00)

| | n | % |
|--------------------|----|-------|
| Muito insatisfeito | - | - |
| Insatisfeito | - | - |
| Algo insatisfeito | 1 | 1.1 |
| Pouco satisfeito | 1 | 1.1 |
| Satisfeito | 43 | 48.9 |
| Muito satisfeito | 43 | 48.9 |
| Total | 88 | 100.0 |

Quadro 88 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Quem é que o/a aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?”

| | Não referenciam | Referenciam | % das referencias |
|---------------------------|-----------------|-------------|-------------------|
| Cônjuge | 46 | 42 | 47.7 |
| Filho | 51 | 37 | 42.0 |
| Filha | 49 | 39 | 44.3 |
| Irmão | 86 | 2 | 2.3 |
| Irmã | 85 | 3 | 3.4 |
| Outro elemento da família | 71 | 17 | 19.3 |
| Amigo | 79 | 9 | 10.2 |
| Vizinho | 85 | 3 | 3.4 |
| Profissional/cuidador | 83 | 5 | 5.7 |
| Ninguém | 86 | 2 | 2.3 |

Quadro 89 - Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com as pessoas que o aceitam totalmente.

(Amplitude 1-6; Média 5.30; Mediana 5.00)

| | n | % |
|--------------------|----|-------|
| Muito insatisfeito | 3 | 3.4 |
| Insatisfeito | 1 | 1.1 |
| Algo insatisfeito | - | - |
| Pouco satisfeito | - | - |
| Satisfeito | 45 | 51.1 |
| Muito satisfeito | 39 | 44.4 |
| Total | 88 | 100.0 |

Quadro 90 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa estar a acontecer a si?”

| | Não referenciam | Referenciam | % das referencias |
|---------------------------|-----------------|-------------|-------------------|
| Cônjuge | 45 | 43 | 48.9 |
| Filho | 51 | 37 | 42.0 |
| Filha | 50 | 38 | 43.2 |
| Irmão | 86 | 2 | 2.3 |
| Irmã | 85 | 3 | 3.4 |
| Outro elemento da família | 66 | 22 | 25.0 |
| Amigo | 81 | 7 | 8.0 |
| Vizinho | 84 | 4 | 4.5 |
| Profissional/cuidador | 81 | 7 | 8.0 |
| Ninguém | 88 | 0 | - |

Quadro 91 - Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com quem pode realmente contar para se preocupar consigo.

(Amplitude 1-6; Média 5.45; Mediana 5.50)

| | n | % |
|--------------------|----|-------|
| Muito insatisfeito | 1 | 1.1 |
| Insatisfeito | - | - |
| Algo insatisfeito | - | - |
| Pouco satisfeito | - | - |
| Satisfeito | 43 | 48.9 |
| Muito satisfeito | 44 | 50.0 |
| Total | 88 | 100.0 |

Quadro 92 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?”

| | Não referenciam | Referenciam | % das referencias |
|---------------------------|-----------------|-------------|-------------------|
| Cônjuge | 49 | 39 | 44.3 |
| Filho | 57 | 31 | 35.2 |
| Filha | 52 | 36 | 40.9 |
| Irmão | 87 | 1 | 1.1 |
| Irmã | 86 | 2 | 2.3 |
| Outro elemento da família | 67 | 21 | 23.9 |
| Amigo | 80 | 8 | 9.1 |
| Vizinho | 82 | 6 | 6.8 |
| Profissional/cuidador | 77 | 11 | 12.5 |
| Ninguém | 87 | 1 | 1.1 |

Quadro 93 - Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com quem pode realmente contar para se sentir melhor.

(Amplitude 1-6; Média 5.49; Mediana 6.00)

| | n | % |
|--------------------|----|-------|
| Muito insatisfeito | - | - |
| Insatisfeito | - | - |
| Algo insatisfeito | - | - |
| Pouco satisfeito | 2 | 2.3 |
| Satisfeito | 41 | 46.6 |
| Muito satisfeito | 45 | 51.1 |
| Total | 88 | 100.0 |

Quadro 94 - Número e percentagem de referências à pergunta: “Com quem é que pode realmente contar para o/a consolar quando você está muito preocupado/a?”

| | Não referenciam | Referenciam | % das referencias |
|---------------------------|-----------------|-------------|-------------------|
| Cônjuge | 47 | 41 | 46.6 |
| Filho | 56 | 32 | 36.4 |
| Filha | 55 | 33 | 37.5 |
| Irmão | 87 | 1 | 1.1 |
| Irmã | 87 | 1 | 1.1 |
| Outro elemento da família | 66 | 22 | 25.0 |
| Amigo | 81 | 7 | 8.0 |
| Vizinho | 84 | 4 | 4.5 |
| Profissional/cuidador | 81 | 7 | 8.0 |
| Ninguém | 85 | 3 | 3.4 |

Quadro 95 - Número e percentagem das respostas do grau de satisfação com quem pode realmente contar quando está muito preocupado.

(Amplitude 1-6; Média 5.40; Mediana 6.00)

| | n | % |
|--------------------|----|-------|
| Muito insatisfeito | 2 | 2.3 |
| Insatisfeito | 1 | 1.1 |
| Algo insatisfeito | - | - |
| Pouco satisfeito | - | - |
| Satisfeito | 40 | 45.5 |
| Muito satisfeito | 45 | 51.1 |
| Total | 88 | 100.0 |

4.6 – VISÃO DE CONJUNTO DA ACTIVIDADE MOTORA E OUTROS ASPECTOS DA VIDA NESTA AMOSTRA DE PESSOAS IDOSAS APÓS AVC

As 88 pessoas idosas que tiveram AVC, (52 homens e 36 mulheres), e são avaliados neste estudo, são essencialmente casados ou em união de facto (47), têm uma relação familiar harmoniosa (75). Vinte são analfabetos e três têm ensino médio ou superior, predominando as pessoas idosas de médio e baixo rendimento. O AVC foi hemorrágico em 13 pessoas idosas e isquémico em 73, aconteceu até há 4 meses em 68 casos; 9 são provenientes do domicílio e 79 foram de imediato institucionalizados na RNCCI. Estão em unidades de convalescença 44 pessoas idosas, em unidades de média duração e reabilitação 38 e 6 em unidades de longa duração e manutenção.

A eutrofia domina no IMC com 37 pessoas idosas, mas 34 apresentam sobrepeso. Não têm história de depressão ou outra doença mental 75, e 26 percebem o seu estado de saúde como mau ou muito mau. Não apresentam dor 33 pessoas idosas, mas 29 apresentam, valores superiores a 5. Dor generalizada antes era referida por 14, número que sobe para 17 na referência à dor generalizada após AVC.

Relativamente à acuidade visual (estado de visão) há, após o AVC, cerca de 48.8% de pessoas idosas, que mantêm a capacidade de ler ou ver o que está escrito. Ao perguntar-

se pela capacidade de ver coisas, que estavam ao seu lado, antes do AVC, 6.7% apresentam dificuldades expressas, seguindo-se a indicação de discordo totalmente/discordo/nemconcordo nem discordo. Valor percentual este a subir após o AVC para 68.1%, traduzindo um incremento muito significativo de 61.4%.

As médias de força muscular das 88 pessoas idosas é reduzida sendo mais acentuada à esquerda do que à direita. Neste estudo 21 pessoas idosas 23.9% concordam e concordam totalmente com o sentirem-se desorientados. Quarenta idosos (45.4%) concordam e concordam totalmente com a perturbação com muita gente à sua volta o que não será problema para 43 idosos (48.9%).

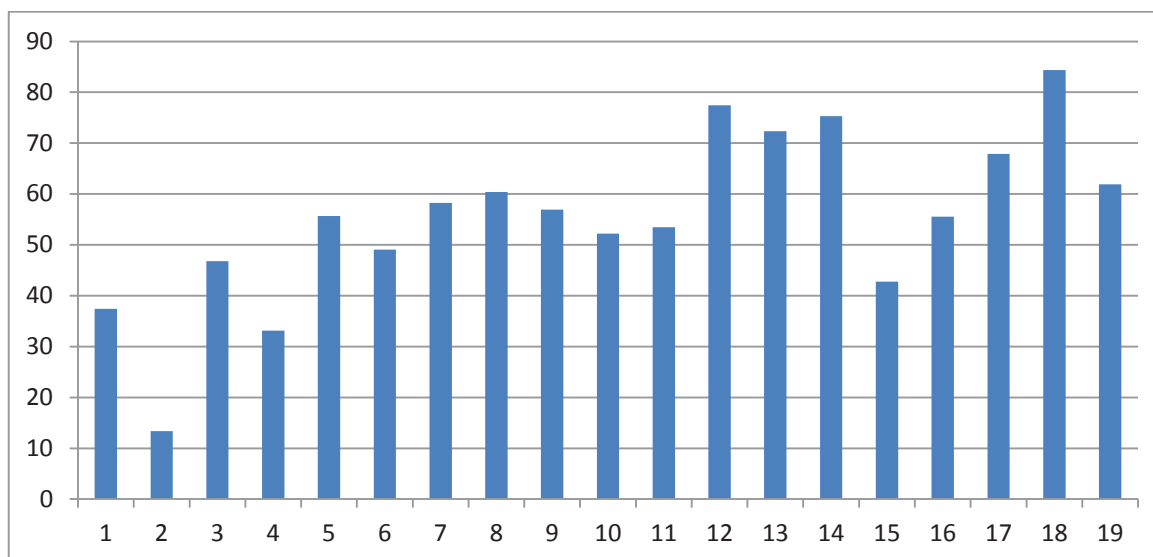
Quando analisamos comparativamente os valores dos quatro domínios do PAMPI-AVC, constatamos que o domínio espiritual obtém a pontuação mais elevada (75.30), seguindo por ordem decrescente o domínio social (61.90), o domínio psicológico (53.47) e o nível mais baixo regista-se no domínio físico-funcional (33.15). A média para os quatros domínios, ou seja da totalidade do PAMPI-AVC é de 55.95 (em 100). Claramente o valor médio total é bastante baixo em cima do ponto médio, como sobretudo é de destacar o domínio físico-funcional, que apresenta também valores muito baixos.

Naturalmente que dentro do domínio espiritual encontramos dimensões com elevadas pontuações, assim é para a religiosidade que apresenta o segundo valor mais elevado de todo o protocolo (77.43) e ainda, ligeiramente abaixo, a outra categoria positividade do sentido de vida (72.37). A religiosidade surge como categoria forte. A outra subcategoria, que pontua como a mais cotada de todo o protocolo, é a percepção da relação com os serviços de cuidados (84.38) ainda assim e sem desvalorizar a sua importância, seremos cautelosos na referência a este dado.

O domínio Físico-funcional apresenta para a categoria actividades de vida complexas o valor médio mais elevado (46.79), seguido das actividades essenciais de vida com (37.40) e por último a categoria actividades de vida complementares com um valor muito baixo (13.39). A expectativa seria de uma gradação diferente com os valores mais elevados nas essenciais, seguido das complementares e, por fim, as complexas com valores mais elevados. A compreensão do desajusto do expectável teoricamente e o encontrado na investigação poderá encontrar-se devido a particularidades desta amostra. Parece-nos ainda relevante referir que, no domínio Social, a categoria *status/papéis* apresente um valor médio de apenas 42.78, a mais reduzida do domínio e a terceira mais reduzida de todo o protocolo.

Em síntese apontávamos como traços gerais, valores médios baixos, sobretudo nas dimensões Físico-funcionais, elevada religiosidade e na percepção com os serviços de saúde, baixo valor no *status/papéis*. (Gráfico 7)

Gráfico 7 - Valores médios dos domínios e categorias e subcategorias do PAMPI-AVC



Legenda: 1 - D. Físico-funcional - Act. essenciais de vida; 2 - D. Físico-funcional - Act. de vida complementares; 3 - D. Físico-funcional - Act. de vida complexas; 4 - Actividades de vida global; 5 - D. Psicológico – Cognitivo motor; 6 - D. Psicológico – Percep. de estado saúde; 7 - D. Psicológico – Percepção de bem-estar; 8 - D. Psicológico – Percep. Relação c/ os outros; 9 - D. Psicológico - Sentido de autonomia; 10 - D. Psicológico - Perspectivas futuras; 11 - Domínio psicológico global; 12 - D. Espiritual – Religiosidade; 13 - D. Espiritual - Posit. Sentido de vida; 14 - Domínio espiritual global; 15 - D. Social - Status/papéis; 16 - D. Social – Percepção Relacionamento familiar; 17 - D. Social – Percepção Relacionamento da rede social; 18 - D. Social – Percepção Relac. c/ serviços cuidadores; 19 - Domínio social global.

Olhando para os valores médios obtidos pelas 88 pessoas idosas nas categorias, subcategorias e dimensões expressas nos instrumentos de avaliação usados neste estudo de forma complementar podemos realçar: Um nível de dependência grave à luz do Índice de Barthel, dificuldades claras nas actividades instrumentais de vida avaliadas com o Lawton, dificuldade na marcha e equilíbrio expresso em valores abaixo do corte médio pelo instrumento Tinetti, dificuldades na mobilidade pela pontuação do Rivermead, no *Short Physical Performance Battery* uma pontuação média de 2.98 é baixíssima revelando dificuldades notórias e grandes probabilidades para o desenvolvimento de incapacidade para AVD e incapacidade relacionada com a mobilidade.

Mini Mental State com média de 26.23 o que traduz, considerando os pontos de corte para a população portuguesa e em função da escolaridade, valores bons, revelando em média boa capacidade cognitiva.

Seguindo os critérios e os dados da DASS-21 teremos nesta população de 88 pessoas idosas, 26.13% de deprimidos, 22.72% a apresentarem níveis elevados de stresse e 9.09% com níveis elevados de ansiedade e pelos critérios de depressão geriátrica 48 pessoas idosas. A satisfação com a vida parece não ser problemática nesta amostra, em termos médios situa-se no quadrante superior. As 88 pessoas idosas apresentam uma boa satisfação com o suporte social disponível.

Importa perceber, através de uma análise rigorosa, as diferenças mais significativas nas diversas categorias e sub-categorias e domínios, em relação a um conjunto de variáveis sócio-demográficas, socioeconómicas, biológicas e de saúde, identificadas como relevantes.

A diferença de valores em relação ao sexo não é significativa para as dimensões e global do domínio Físico-funcional do PAMPI-AVC. Já em relação ao domínio Social só a categoria *status*/papéis se diferencia com significado estatístico ($p=0,008$), com os homens a apresentarem valores mais elevados (47.52) do que as mulheres (35.91). A mesma tendência - valores mais elevados nos homens -, acontece também com significado nas categorias cognitivo-motor ($p=0.011$), perspectivas futuras ($p=0.016$) e no global deste domínio Psicológico ($p=0.031$). No domínio Espiritual não se diferencia no sexo em relação ao sentido positivo de vida, mas as diferenças são estatisticamente significativas para o global deste domínio Espiritual e na categoria religiosidade. Sendo nestes dois aspectos o grupo feminino apresenta valores mais elevados, para o global 81.21 no feminino e para 71.20 no masculino e para a religiosidade 85.85, para o grupo feminino e 71.59 para o masculino.

O grupo etário diferencia bem, com significado estatístico, em todas as categorias e global do domínio Físico-funcional. Sendo a tendência de valores mais elevados em grupos etários mais novos e mais baixos em grupos etários mais velhos. O mesmo em todas as categorias do PAMPI-AVC domínio Psicológico. Não se verificaram diferenças significativas no domínio Espiritual, mas elas existem na categoria *status*/papéis do domínio Social ($p=0.029$) e a mesma tendência de mais novos maior valor na categoria.

Encontramos também diferenças relativamente ao estado civil nos domínios Físico-funcional em todas as categorias e global com separados e divorciados a apresentar valores mais elevados e o grupo dos viúvos com valores mais baixos de funcionalidade. No domínio Espiritual não detectamos diferenças estatisticamente significativas, mas já o domínio Psicológico no global e a categoria percepção do sentido de autonomia acompanham a tendência anterior, ou seja, com o grupo de separados e divorciados a apresentar valores mais elevados e o grupo dos viúvos com valores mais baixos.

Em outra categoria observada, nível de escolaridade, encontramos diferenças nas médias estatisticamente significativas, no domínio Físico-funcional para as actividades mais complexas em que as pessoas idosas com mais escolaridade apresentam pontuações mais elevadas. A mesma tendência surge em todas as categorias e global do domínio Psicológico. Por outro lado nível de escolaridade mais baixo diferencia-se com mais religiosidade ($p=0.011$). No domínio Social o inverso com significado para o *status*/papéis e global do domínio.

Na análise das pessoas idosas pelo nível socioeconómico não encontramos diferenças estatísticas significativas, mas quando perguntado o nível de rendimento encontramos diferenças nos dois grupos considerados, rendimento mensal inferior a 500 euros e superior ao mesmo valor. Assim estes últimos apresentam no domínio Físico-funcional mais pontuação nas actividades de vida complexas; no domínio Psicológico em todas as categorias e global à excepção do sentido de autonomia; no domínio Social no global, no relacionamento com familiares e no relacionamento da rede social, mas não no relacionamento com serviços prestadores de cuidados. No domínio Espiritual não encontramos diferenças.

O grupo de pessoas idosas, que referem condições habitacionais óptimas, apresenta valores mais elevados, diferenciado dos outros grupos com relevância estatística, nas actividades complexas de vida e actividades de vida global. A mesma tendência referente à categoria percepção do estado de saúde no domínio Psicológico e para a subcategoria da categoria relacionamentos de proximidade do domínio Social percepção do relacionamento familiar. Não existem diferenças com significado estatístico no domínio Espiritual e suas dimensões.

Relativamente à relação familiar harmoniosa/conflituosa encontramos que nos domínios e respectivas categorias Físico-funcional e Espiritual não existem diferenças estatisticamente significativas. Já em relação ao domínio Psicológico o grupo da relação harmoniosa, diferencia-se com valores mais elevados do que o da relação conflituosa nas categorias percepção do estado de saúde, percepção do bem-estar, do relacionamento com os outros e no global do domínio. Já no domínio Social a mesma tendência para todas as subcategorias da categoria relações de proximidade à excepção da categoria *status/papéis*.

O tipo de ajuda, se de pessoa significativa/familiar ou instituição, não se diferencia com significado estatístico no domínio e categorias Físico-funcionais, Psicológico e o mesmo no domínio Social. Já na categoria religiosidade do domínio Espiritual do PAMPI-AVC diferencia-se com significado e valores mais baixos nas pessoas idosas, que recebem ajudas de instituições.

A coabitação antes do AVC assume importância para a diferenciação nas actividades complementares do domínio Físico-funcional com os cônjuges a pontuar mais.

O tipo de AVC, hemorrágico ou isquémico não se diferencia nas médias nos domínios e categorias. O mesmo acontece com a existência ou inexistência de história prévia de depressão ou outra doença mental.

O local de permanência após AVC só se diferencia com significado estatístico na categoria cognitivo-motor do domínio Psicológico, em que os valores mais elevados estão

nas pessoas idosas, que, após alta das unidades hospitalares são encaminhadas para as unidades da RNCCI.

A tipologia do internamento é relevante com as unidades de convalescença a apresentar pontuações mais elevadas e diferenciadas na percepção do bem-estar e na percepção da relação com os outros e em todas as categorias e global do domínio Social.

Relativamente ao tempo decorrido após o AVC pontuam mais com relevância estatística, no grupo 1 a 3 meses, nas actividades essenciais, actividades complexas, e global Físico-funcional, bem como nas categorias cognitivo-motor, percepção de bem-estar e global da dimensão Psicológico para valores mais elevados no mesmo intervalo de 1 a 3 meses. O tempo decorrido após AVC não diferencia no domínio e categorias Espirituais e Sociais.

O índice de massa corporal, e o domínio Espiritual não se diferenciam, mas assumem diferenças com significado nas actividades essenciais e complexas de vida e no global deste domínio, bem como na percepção do estado de saúde, no bem-estar e relação com os outros e sentido de autonomia domínio Psicológico. No domínio Social com todas as categorias e subcategorias à excepção da subcategoria relação com serviços prestadores de cuidados.

Já em relação à intensidade da dor não encontramos diferenças significativas nas categorias dos domínios Físico-funcional e Espiritual, mas as diferenças de médias são uma realidade no domínio Social com a categoria *status/papéis* valores mais elevados com menor intensidade de dor e no domínio Psicológico valores também mais elevados para menor intensidade de dor nas categorias percepção do estado de saúde, sentido de autonomia e global.

Em relação à percepção do estado de saúde, os valores mais elevados no domínio Espiritual encontram-se na positividade do sentido de vida e valores também mais elevados na indicação de muito bom ou bom em todas as categorias e globais das restantes categorias e domínios.

PARTE III – DISCUSSÃO, CONTRIBUTOS E CONCLUSÕES

1 – OS DADOS DOS ESTUDOS EFECTUADOS: DISCUSSÃO E CONTRIBUTOS

1.1 – COMPREENSÃO EM PROFUNDIDADE DO FENÓMENO EM ESTUDO

Partimos do princípio da necessidade de conhecer em profundidade o fenómeno em estudo, de forma a nos aproximarmos das duas questões centrais norteadoras desta investigação: quais os contornos e especificidades da actividade motora da pessoa idosa após AVC e como podem as intervenções de enfermagem contribuir para a melhoria dessa actividade.

A estratégia de pesquisa com entrevistas semi-estruturadas a 22 pessoas idosas permitiu realçar um conjunto de aspectos sentidos, referenciados pelos informantes, como tradutores das vivências desta nova fase de vida, constituintes de processos de transição nos quais conhecendo os seus contornos e manifestações torna possível a intervenção de enfermagem de forma assertiva e qualificada.

A informação colhida junto das pessoas idosas a experienciar/viver o seu processo de reabilitação após AVC na RNCCI do distrito de Coimbra, neste caso concreto, dez homens e doze mulheres com idades entre os sessenta e cinco e os oitenta anos, permitiu para além da compreensão global, que os dados possibilitam, criar um quadro de possíveis indicadores úteis para a construção de um instrumento métrico – um protocolo de avaliação quantificável.

A valorização da dor e da visão ou da sua falta, surge de forma marcada nas respostas dos entrevistados, bem expresso nas afirmações produzidas.

O controlo da dor como resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Doran, 2003), é-nos alertado por várias pessoas idosas obtendo relevância, considerando como finalidade dos cuidados o bem-estar, sendo que a centralidade deste foco não nos permitiu deixar para segundo plano num processo de reabilitação, onde, eventualmente, sejam mais valorizadas e priorizadas as actividades motoras.

A dor continua a ser a razão mais comum para as pessoas, que procuram a ajuda de profissionais de saúde. Também é uma causa comum de incapacidade e diminuição da qualidade de vida (Watt-Watson e McGillion, 2003).

A dor é considerada um fenómeno universal, subjectiva, uma percepção particular de cada pessoa, descrita simplesmente pela forma como é experienciada/vivida em algum momento da sua vida e é o que cada um diz ser (Kazanowski e Laccetti, 2005).

A dor pode ser uma constante e interferir no bem-estar das pessoas idosas de forma distinta: *“nem deitada estou bem, nem nas cadeiras nem em parte nenhuma, nunca estou*

bem, tenho sempre dor de cabeça.” (E4-UCCANE1); “Deixei de mexer o braço por completo e são umas dores horríveis...” (E17-UCCANE4); “... dói-me muito a cabeça, esta parte aqui assim dói-me muito que é uma coisa por demais. Não sei se isto irá a caminho, se é para ficar assim. (...) “... de noite é muita dor no corpo” (E22-UMDCRCE2). As afirmações dos informantes conduzem-nos também a valorizar os processos dolorosos anteriores ao AVC, tornando-se presentemente exacerbados “...que é muito porque sofro muito da coluna, já fui operada à coluna e tenho hérnias na coluna e nunca estou bem e depois estou sempre a pedir ajuda e chateio-os e eu também me chateio.” (E4-UCCANE1).

Na pessoa idosa os défices de visão atingem grande variabilidade, podendo estes apresentarem-se desde a perda de visão, repercutindo-se na incapacidade para realizar as actividades de vida diária, até um défice quase imperceptível (Azeredo, 2011). A visão como sentido essencial à convivialidade, à comunicação, à psicomotricidade, à autonomia funcional quer para actividades da vida diária, quer para actividades mais avançadas, remete-nos para uma atenção especial: *“Depois senti limitações na visão (...) (E1-ULDPOIE1); “Antes fazia tudo. (...) Não sei, sou um triste, agora é sempre isto. É tão triste. (...) Eu via e fiquei assim, tristeza tão grande, via bem e fiquei assim, ai senhor” (E10-UCCANE2).*

A aptidão muscular é considerada como uma componente da aptidão física relacionada com a saúde, integrando força muscular e *endurance* muscular (ACSM, 2006). A aptidão muscular como condição para a execução de actividades de vida, para a independência funcional, para a autonomia em actividades de vida diária, onde se torna relevante o trabalho motor e a deambulação, assume importância considerável na consciencialização da dependência: *“Eu tenho pouco, não tenho força, nem nada” (E20-UMDFMPE5).*

A aptidão muscular em estreita ligação com a actividade psicomotora torna-se importante por ser das primeiras percepções, que as pessoas idosas com a condição de saúde-AVC apresentam *“...mas começou-me tudo assim a fugir, a fugir e eu tive de cair e então é que eu fiquei mesmo sem acção nenhuma mas nunca cheguei a perder os sentidos”. (E22-UMDCRCE2); “Ó Pedro não consigo mexer a perna nem o pé” foi aí que eu fiquei apanhada”. (E5-UMDFMPE2); “Olhe deixei de manobrar coisas, fiquei parado”. (...) “Pois deixei. Deixei de mexer”. (...) “Uma paralisação, paralisar. Acho que não posso. É isso” (E6-UMDFMPE3).*

Os contornos psicomotores a serem referenciados de forma muito significativa, ganhando relevância nas seguintes narrativas expressas: *“Não sei muito bem, mas de repente, comecei a ver os braços pelo ar e o ar a faltar-me. (...) Eu queria encostar-me e não tinha*

aonde” (E13-UCFMPE1.); “Porque fiquei descorçoado de todo, fiquei desorientado, parece que perdi a cabeça. Eu arrancava as agulhas, eu arrumava com os copos a bater com o copo na cabeça parece que estava avariado. Tirava a sonda, fazia trinta por uma linha até que tiveram que me prender, prenderam-me na cama e eu tive que me acalmar. Pois é” (E2-UMDARGE1).

A diminuição da habilidade de deambulação, considerada como uma das alterações funcionais em pessoas com alterações ao nível do hemicorpo, encontra-se relacionada com a integridade da propriocepção, alterações do equilíbrio, controle voluntário do membro, do tónus postural e de movimento, sendo o desejo, na maioria deles, a recuperação na deambulação (andar), já que um estilo de vida sedentário limita a realização nas actividades de vida diária. A consciência das limitações nas actividades de vida diária, nas actividades mais básicas, aquelas que no presente estudo designamos por *Actividades Essenciais de Vida* (AEVI), apresenta-se de forma clara em expressões, que pudemos relacionar com os vários aspectos envolvidos tais como: a higiene corporal; *“Significa a minha vida. Eu queria fazer, (...) tomar banho, pentear e arranjar o cabelo e é o mais importante para mim” (E18-UCCANE5); “... querer ir à casa de banho, querer tomar banho e não poder, ter que ser os outros todos a fazer, estar à ordem dos outros todos, isso é o fim do mundo. (...) Acordo de manhã, pois estamos que tempos à espera que nos levantem, que nos levem à casa de banho, que nos dêem banho...” (E21-UMDCRCE1); o vestuário “...aqui à custa dos outros, a vestirem e a despirem, a darem-me banho e a fazerem-me tudo”. (E22-UMDCRCE2); a eliminação vesical e intestinal “...este braço já não ajuda nada, quero urinar e esse braço já não ajuda nada, todas as coisas”. (E2-UMDARGE1); “olhe eu não gosto de ir à casa de banho e que me limpem o rabo”.(E15-UMDFMPE4); o comer e beber “Alimentar-me não, porque ainda não vai bem para a boca, mas vou indo com Deus Nosso Senhor”. (...) “Dão-me o comer na boca, água, todo o comer têm de me dar na boca, embora eu já mexa mais este bracinho” (E7-UMDADFPE1); a recreação e o lazer “Ai, eu nem tinha tempos livres”. (...) “Agora tenho o todo livre. Eu não posso fazer nada” (E4-UCCANE1);o equilíbrio/controlo postural, “As minhas dificuldades é tudo, basta eu não me poder pôr em pé, não é? Eu não me segurar em pé, basta isso, não poder fazer nada, nem o comer, nem agarrar numa panela daqui para ali, lavar uma loiça, pronto é a minha dificuldade é essa. (...) Porque se eu me pudesse pôr em pé, dá-me a impressão que já estava boa, já podia fazer tudo, mas o que é com o andorilho...,” (E22-UMDCRCE2); as transferências, “como vê, têm de me levantar, têm de me deitar, têm que me levar ao banho, ...” (E17-UCCANE4); fui a casa e não me podia mexer do sítio, não podia, só com o meu neto ou com a minha filha agarrada, ...” (E22-UMDCRCE2); o deambular e o andar “No princípio naturalmente que*

foi o andar, recuperar o andar tinha uma ânsia muito grande de recuperar o andar e estou a conseguir” (E1-ULDPOIE1); “*Não sei, eu nunca me vi assim e agora estava a dizer que eu se calhar não ficava a andar (Choro) ”. (...) “Era começar a andar, era a maior alegria que eu podia dar aos meus filhos.”* (E5-UMDFMPE2); “*Era, era, com uma canadiana ou com uma muleta ou um andarilho, era andar mas estou a ver a coisa um bocado complicado, não há maneira,...*”. (E17-UCCANE4)

Outras actividades mais elaboradas as quais designámos por *Actividades de Vida Complementares* (AVIC) tais como o desempenho de tarefas domésticas revelam-se na seguinte nas seguintes expressões “*...eu estava habituada a tratar da minha vida, a fazer o comerzinho, a lavar a loiça, a passar a ferro e assim e agora não poder fazer nada, foram muitas alterações*”. (...) “*Muito mal, muito mal. Se eu não fico ao menos a tratar da minha vida,.. ”*. (E22-UMDCRCE2); ou como conduzir, praticar desporto, “*Tinha um tractor, trabalhava com ele quando era preciso, quando não era preciso trabalhar ia passear, ia nele...*” (E17-UCCANE4); já não posso andar como andava, nem saltar nem correr nem andar de bicicleta, nem nada, por isso é que ando mais triste, porque podia e agora não posso” (E11-UCCANE3).

Outras actividades ainda de complexidade acrescida e por nós designadas por *Actividades de Vida Complexas* (AVICOMP) tais como em aspectos económicos/financeiros, “*O mais importante para mim é ser como era, tratar da minha vida, andar, fazer as minhas coisas por mim, não estar a depender. Se era preciso fazer compras era eu que as fazia, tinha tudo em ordem e agora ter que viver de esmolas, faz de conta, não é, isso é horrível*”. (E21-UMDCRCE1); no comunicar, “*Porque estou aqui, já não estou em casa. (...) Sim a mesma pessoa, mas já não ligo tão bem com as pessoas, já não vou a casa quase há três meses e tudo isto é esquecimento mesmo, estou afastado*” (E19-UCFMPE2).

Todos estes aspectos possíveis de sintetizar como caracterizadores de uma situação - vivência de pessoas idosas após AVC – ilustrados por narrativas com significado emergente provenientes das entrevistas realizadas, chamam-nos à atenção para aspectos de um domínio físico-funcional, ao qual acrescem aspectos vivenciais de outros domínios, o psicológico, o espiritual e o social.

Também para a compreensão dos contornos caracterizadores do domínio psicológico o olhar sobre as expressões significativas dos entrevistados torna-se essencial.

As alterações percepto-cognitivas (heminégligência corporal e/ou espacial, apraxias) originam incapacidade na organização das acções musculares sequenciadas no sentido de interagir com o meio envolvente, podendo originar medo e insegurança. O sentimento

de esperança, permite que se dê sentido à vida, fortalecendo os recursos internos, porque ter esperança é ter expectativas, estimulando a enfrentar o futuro. Neste sentido a capacidade de ajustamento às abruptas alterações de vida, podem determinar a forma ou de integridade ou desespero.

Como podemos compreender, perturbações nos aspectos cognitivo-motores, encontram-se presentes: “... a nível do conhecimento, quer dizer, não fui assim muito afectado por isso, mas a nível da caligrafia por exemplo, caiu a caligrafia, (...) hoje estou a tentar recuperá-la mas a muito custo e sobretudo no fundo eram estas duas coisas: o equilíbrio e digamos o retomar aqueles hábitos de escrever” (E1-ULDPOIE1); na percepção do estado de saúde, “Então é o meu corpo, tenho a percepção que queria ter mais saúde para poder girar com a minha vida. Só ao menos que fosse para ao pé da minha filha”. (E7-UMDADFPE1); “Se tivesse um bocadinho mais de saúde, continuava como eu andava” (E20-UMDFMPE5); “É querer andar e não poder e cansar-me e não ter o brilho que tinha, eu andava sempre parecia uma estrela e agora pareço uma velha caduca (risos)” (E12-ULDARGE1); na percepção do bem-estar, oscilando de um polo positivo, esperançoso a um polo negativo de desesperança, “No princípio, foi péssimo, agora é que já estou a melhorar” (E19-UCFMPE2); “... é facto é que essa limitação não me tirou nunca a boa disposição, a alegria, a confiança, brincar com as coisas, nunca me deixou muito acabrunhado”. (...) “...eu estive sempre operacional e sempre e tentar manter um bocadinho de humor perante as coisas, tentar não ficar muito acabrunhado só porque estou doente” (E1-ULDPOIE1); “Tenho pensado que agora é recuperar (...) o que é que eu vou fazer. (...) Agora o mais importante é eu começar a andar, eu tenho essa esperança. Já me deram a esperança que ia andar, mas que com o braço que era difícil” (E3-UMDFMPE1); “Porque eu não vejo melhoras nenhuma em mim”. (...) “Então o que é que eu ando aqui a fazer, não ando aqui a fazer nada” (E5-UMDFMPE2); “Eles coitados, estão sempre a dizer que eu me curo, que eu fico boa, só que eu não me convenço” (E21-UMDCRCE1); “Eu não sou velho, mas estou podre” (E14-UMDARGE4); “Que não fico boa. (...) Que não fico boa” (E20-UMDFMPE5); na percepção da relação com os outros, “Procuo naturalmente descansar e também se encontro uns amigos, amigos mais próximos, mais disponíveis, quando tenho o prazer de ter o prazer do convívio...” (E1-ULDPOIE1); “Fazia agricultura lá do quintal, para mim e para os vizinhos e agora não faço e isso custa-me. Às vezes...” (E6-UMDFMPE3); “Precisava agora de um bocadinho de estimação”. (...) “Tem de ser respeitado”. (...) “Que deve ser estimada e ajudada no que precisar” (E4-UCCANE1); no sentido de autonomia, “Não, não considero. (...) Porque não sou idosa, porque tenho as coisas...” (E9-UMDARGE3); “Não ligo não, quer dizer, sei que sou idosa, mas não me ponho triste por ser idosa, tenho a minha cabecinha a

funcionar". (E12-ULDARGE1); nas perspectivas futuras *"Tinha, poder ver a minha família bem. ..."*. (E4-UCCANE1).

Os aspectos espirituais, domínio essencial da vivência humana, traduzem-se em aspectos de religiosidade (comportamentos e crenças associadas à religião), positividade do sentido de vida e consciência de si, enquanto ser finito (procura pessoal para compreender questões relacionadas com a vida, sentido, relações com o sagrado ou transcendente podendo ou não influenciar o desenvolvimento de práticas religiosas): *"Era eu ter saúde e que Deus me ajudasse na minha vida"* (E22-UMDCRCE2); (...) *"Penso o bem e não penso o mal. Penso que Deus me ajude e me conforte pela sua infinita Misericórdia. "Jesus, acode por amor de Deus", é o que eu digo"* (E7-UMDADFPE1); *"O meu futuro, vejo que não há outro fim se calhar, o meu futuro é se calhar ir para onde eu estiver destinado, Deus também é que sabe, há uns que não acreditam. (...) "Eu acredito em Deus"* (E17-UCCANE4); *"Eu procuro, já não acredito no passado, não ligo nada ao passado, nem pouco nem muito, o passado já não existe, o futuro não sei se vai existir, o presente, procuro fazer o melhor que sei e sou capaz naquele momento,..."*.(E1-ULDPOIE1); *"O meu mundo, vejo-o curto porque, dum momento para o outro pode acabar"*. (...) *"É morrer, é isso, custa"* (E6-UMDFMPE3); *"Vejo o mundo assim já a fugir"*. (...) *"Quer dizer que o meu tempo está no fim, o Sr. não acha"* (E18-UCCANE5).

As alterações sentidas quer na sua aparência, quer ao nível da sua funcionalidade, exigem diversos ajustamentos e são percebidos, podendo influenciar a sua imagem corporal, assim como o seu autoconceito, sendo determinantes nas relações – interações sociais, no desempenho dos papéis sociais, tornando-se relevantes ao nível da sua identidade, tomam sentido nas seguintes afirmações ao nível do domínio social: no aspecto do status/papéis; *"Muita coisa, preocupado, de não poder fazer nada, o que é que há-de ser de mim, não posso trabalhar (...) Preocupado e muito pensativo, pensativo"* (E11-UCCANE3); *"O que é que há-de ser de mim daqui em diante, não posso trabalhar, não posso fazer nada, nem pouco, nem muito, nem pesado nem leve e é assim"* (E11-UCCANE3); *"Nada, eu não posso. (...) A velhice tudo traz. (...) Eu agora já não posso nada"* (E14-UMDARGE4); *"Sou uma inútil, que estou para aqui"*. (E20-UMDFMPE5): relações de proximidade - na percepção do relacionamento familiar: *"Eu gostava de ir beber a bica, gostava de ir a casa da filha e dos filhos, para ver os netos"* (E15-UMDFMPE4); *"Tratar do meu marido e agora fica sozinho, que hei-de eu fazer à minha vida. Entristece-me muito isso"* (E22-UMDCRCE2); *"Agora as responsabilidades é que eu hei-de ter?"* (...) *"Agora as responsabilidades é pensar na família, porque precisem de mim, não precisam de mim (...) pensar nelas (...) e das minhas netas."*

(choro) (...) *Gostava, mas duvido*. (Risos) (E17-UCCANE4); *“Estão muito descontentes, muito tristes e a minha família também, os meus filhos e as minhas filhas coitadinhas e até o meu marido coitadinho, sei lá como é que ele por lá anda, aquilo com certeza nem come, nem nada”* (E12-ULDARGE1): relações de proximidade - na percepção do relacionamento com a rede social: *“Alterou-se tudo”*. (...) *“Vêm, mas nunca mais é como era”*. (...) *“A minha vida, tornou-se muito feia”*. (...) *“Porque sim, tornou-se muito feia”* (E10-UCCANE2); *“Tem vindo cá muita gente”*. (Choro) (E13-UCFMPE1); *“Os amigos, alguns, esqueceram-se de mim, só um é que vem aqui sempre, os outros foram lá acima à neurologia uma vez e nunca mais apareceram”*. (...) *“Os amigos deixaram-me mais, mas a família não”* (E3-UMDFMPE1); *“... os amigos “ah, nunca mais voltam”, vêem o caso que é”* (E17-UCCANE4); *“Sei lá o que é que eles pensam, todos têm pena de mim. Mas da pena para o efeito, vai muito”*. (E22-UMDCRCE2). Relações de proximidade - no relacionamento com os serviços de cuidados, os laços criados entre as pessoas e os profissionais, evidenciam-se como importantes ao criar estratégias conjuntas nas respostas a implementar: *“Estive no hospital um mês, depois fui-me embora para casa e agora vim para aqui, aqui também não me senti bem e fui-me também embora e agora é que voltei outra vez”* (E16-UMDADFPE2); *“Quem estava então a tomar conta de mim em minha casa eram os meus dois filhos. Depois eles foram falar ao Centro de Dia do Ateneu lá de cima da Sé Velha e depois lá as senhoras foram a minha casa tratar de mim; fazer a higiene, dar-me o comer, almoço e o resto da casa tratam os meus filhos, limpar a casa, tratar da roupa, arrumar a cozinha e tudo isso”* (E5-UMDFMPE2).

Para a compreensão em profundidade do fenómeno em estudo - a experiência do processo de adoecer após AVC, em pessoas idosas -, levou-nos à procura do que estas vivem no mundo circundante, construindo um quadro estrutural (um complexo de categorias de descrição) de cariz qualitativo não dualista que identificasse e retivesse o discurso dos informantes (Fernandes, 2009; Sjostrom e Dahlgren, 2002) e que servisse de informação qualificada para os passos seguintes da investigação, a saber, a determinação de itens passíveis de integrar um instrumento de recolha de informação objectivada, de forma abrangente tocando nos quatro domínios encontrados, os aspectos relevantes e que emergiram significativamente das entrevistas realizadas através da análise concretizada.

1.2.- A CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E O ESTUDO EM CONCRETO DE UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS APÓS AVC

Através da investigação produzida, foi possível chegar a um protocolo de avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC que designamos por PAMPI-AVC.

Num processo de construção, que partiu do entendimento em profundidade da problemática em questão, através de uma abordagem qualitativa, com a determinação de itens com significado emergente. Este trabalho realizado socorreu-se da análise fenomenografica (Fernandes, 2005; Sjostrom e Dahlgren, 2002), do material discursivo disponível resultante das entrevistas semi-estruturadas e da validação e incorporação de sugestões provenientes de um painel de peritos.

Após a compilação de um instrumento prévio e com trabalho de campo, procedeu-se ao apuramento dos itens considerados, com ajuda da estatística, a que se seguiram os processos de avaliação psicométrica com a determinação de indicadores de fidelidade e de validade do instrumento em construção. A relevância dos indicadores de fidelidade e de validação permitiu encontrar uma versão final deste protocolo de avaliação.

O PAMPI-AVC ficou estabilizado em seis partes, uma primeira de caracterização sociodemográfica; uma segunda de avaliação da dor, da visão, da aptidão muscular e da actividade psicomotora, das actividades essenciais à vida, actividades de vida complementares, e actividades de vida complexas; uma terceira parte de avaliação do domínio psicológico; uma quarta parte de avaliação do domínio espiritual; uma quinta parte de avaliação do domínio social; por último, uma sexta parte de caracterização sócio económica.

Em presença de um Protocolo de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa após AVC, com bons indicadores de fidelidade e validade resultante de um procedimento construtivo trabalhoso e profundo, claramente descrito nesta dissertação, pareceu-nos importante verificar da sua utilidade num estudo concreto de uma população após a condição de saúde-AVC estabelecida.

O estudo em concreto de uma população de idosos após AVC permitiu ter uma visão de conjunto da actividade motora e outros aspectos da vida, sendo as pessoas em estudo oitenta e oito.

O estudo mostrou-se adequado. O Protocolo de Avaliação – PAMPI-AVC, permite caracterizar com alguma profundidade e rigor os aspectos essenciais, de forma abrangente, da condição vivencial de transição em que se encontram as pessoas idosas após serem acometidas por AVC.

1.3 - LIMITAÇÃO DO PRESENTE ESTUDO E SUGESTÕES PARA NOVAS INVESTIGAÇÕES

A indicação de limitações que se encontram nos estudos, interliga-se de forma clara com as sugestões de outras investigações, quer de continuidade, quer assumindo percursos alternativos.

Quanto às limitações, refiram-se três aspectos: o tamanho da amostra; objectivos de grande amplitude; o tempo académico diferente do tempo de investigação.

Efectivamente, se é certo estarmos em presença de uma amostra final de 88 pessoas idosas após AVC, de um total de 564 pessoas idosas referenciadas nas várias unidades de internamento da RNCCI do distrito de Coimbra, no período considerado, parece-nos um número adequado para as investigações produzidas, no entanto ficaria a ganhar o desenvolvimento do estudo estatístico com um n superior, nomeadamente no que diz respeito a análises mais elaboradas, como seja a análise factorial.

Um objectivo de estudo mais focalizado permitiria, eventualmente, a realização de uma investigação mais concentrada em aspectos de natureza mais particular, podendo descer-se ao pormenor de alguns domínios em concreto. As opções, que tomamos, comportaram um volume enorme de dados qualitativos e quantitativos que fez pesar a análise produzida e orientá-la para as grandes linhas em detrimento do pormenor.

É sabido que o tempo académico é sempre diferente do tempo do investigador. O tempo académico, torna-se frequentemente escasso, cumpridor de calendários, enquanto o tempo do investigador é dilatado, alimentado pelo entusiasmo da investigação do emergir de dados, da riqueza da informação recolhida e dos problemas metodológicos suscitados por um volume de informação riquíssimo. À questão do tempo, acresce que numa investigação como esta, o trabalho de campo se encontra geograficamente disperso amplificando algumas dificuldades de natureza operacional e cronológica.

Como sugestões para o desenvolvimento deste estudo e de estudos similares nesta área sugere-se: i) o aprofundar do conhecimento métrico e clínico do protocolo agora proposto; ii) o desenvolvimento do protocolo no sentido da sintetização em menos indicadores, tornando-o mais operativo; iii) estudos com o PAMPI-AVC em pessoas idosas na comunidade, e eventualmente em estudos de carácter longitudinal; iv) estudos onde seja possível, conceptualmente um maior entrosamento de linguagem classificada como sejam a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) e a CIPE (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem); v) a concretização sobre este objecto de estudo de investigações interdisciplinares.

2– DESAFIO PARA UMA INTERVENÇÃO QUALIFICANTE DE ENFERMAGEM

2.1. - UMA ENFERMAGEM MODERNA CONCEPTUALMENTE PENSADA

As intervenções de enfermagem junto de pessoas, famílias e comunidades, concretizam-se através de acções pensadas, programadas e avaliadas com objectivos próprios, realizadas por um grupo profissional cada vez mais diferenciado – os enfermeiros, que actuam através das terapêuticas, terapias de enfermagem (Meleis, 2010), informados por um corpo de conhecimentos próprio com competências e capacidades específicas. Este cenário a que corresponde a exigência social de respostas de qualidade, remete-nos para uma enfermagem, onde o processo reflexivo faz sentido, para ir ao encontro das solicitações colocadas.

Torna-se útil a clarificação tanto do que é a enfermagem, como da finalidade expressa pelos seus pensadores, como também a caracterização da natureza do conhecimento em enfermagem e da forma como se acede a esse conhecimento.

Podendo socorrer-nos do pensamento de várias teóricas de enfermagem para caracterizar o que se pensa ser hoje a enfermagem, talvez a proposta de Henderson (2006) seja um ponto de partida, quando considera que a *“função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a recuperação (ou para a morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível”* (p.3). Importa referenciar que para Leininger (1978), a essência de enfermagem é o cuidar, e Orem (1987, 2001) relaciona a essência de enfermagem com a prática terapêutica de autocuidado. Jean Watson (2002) conceptualiza a enfermagem como uma ciência humana de experiências de saúde-doença, que são mediadas por uma transacção de cuidados profissionais, pessoais, científicos, estéticos, humanos e éticos. Também para Collière (2003), a enfermagem é o campo dos cuidados, isto é, tudo o que ajuda a viver é que representa por essência o campo da competência da enfermagem.

A finalidade da enfermagem pode ser entendida na afirmação de Meleis e Trangenstein(1994), ao considerar que a actividade de enfermagem consiste na facilitação dos processos de transição, no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem-estar.

Na opinião de Queirós (2011a, p.599), *“o autocuidado de Orem tem uma perspectiva operativa, com forte poder germinativo no sentido que permite o seu desenvolvimento: veja-se Söderhamn com o autocuidado estimativo, transitivo, produtivo e Backman e*

Hentinen nas propostas de autocuidado responsável; formalmente orientado; independente, abandonado”, o mesmo acontecendo com conceitos centrais em outras teorias de enfermagem. Nesse sentido, ainda em Queirós (2011a, p.599), “a evolução do pensamento em enfermagem – Teoria de Enfermagem -, processa-se ao longo do devir histórico, iniciado por Nightingale e com desenvolvimentos e contributos de escolas, teorias e modelos. Uma visão plural aberta permitirá identificar conceitos com suficiente poder operativo e germinativo, que se tornem centrais na teoria de Enfermagem e que contribuam para leituras interpretativas e teoricamente enquadradas nas práticas clínicas, contribuindo também para a construção de uma linguagem disciplinar”.

Equacionadas as questões da definição e da finalidade da enfermagem, refira-se o enquadramento do conhecimento específico da disciplina de enfermagem.

Para Medina (1999, p.82), *“a enfermagem poderia ser caracterizada, seguindo a tipologia de Strasser (1985), como uma ciência humana prática. Na perspectiva deste autor, as Ciências Humanas podem classificar-se em três categorias: práticas, teóricas e teóricas com aspectos práticos”.*

Enfermagem como uma disciplina científica deve circunscrever a sua natureza específica como uma ciência humana prática - *“nursing as a human practice discipline”* (Kim, 2010), distinguindo-se, assim, não só das ciências naturais e sociais, mas ocupando um lugar específico dentro do grupo das chamadas ciências humanas.

Queirós (2011b, p.15) refere “nas disciplinas práticas, os profissionais não são apenas utilizadores do conhecimento sistematizado na disciplina, mas são simultaneamente possuidores de um conjunto de conhecimentos, que são colocados em acção conjunta com os primeiros. Os profissionais, nas disciplinas práticas, *“não são apenas os usuários do conhecimento da disciplina, mas também os possuidores de outros conjuntos de conhecimentos”* (Kim, 2010, p.10). Neste sentido, este autor advoga que o conhecimento em enfermagem existe (como nas outras disciplinas práticas) resultante de dois vectores: o conhecimento privado e o conhecimento público.”

Apreendemos em Kim (2010), como refere Queirós (2011b), que o conhecimento privado relaciona-se com o saber pessoal, com a experiência, com a clínica do conhecimento clínico, estético, ético, pessoal, intuitivo e da experiência, por outro lado, o conhecimento público com os saberes sistematizados na disciplina (teorias, evidências científicas, consensos).

Para Strasser (1985, p.83), *“as ciências humanas práticas seriam aquelas baseadas na acção comunicativa e pressupõem a participação directa em algum tipo de praxis”* e Medina (1999, p.73), refere que *“as soluções que melhoram a prática, só podem ser*

obtidas através e durante a acção prática. Este movimento (de translação) de vaivém da prática (problema) para a teoria e de novo para prática é o que Bishop e Scudder (1985), inspirando-se em Gadamer, denominam “espiral hermenêutica”.

Assim, o saber em enfermagem permite dar respostas a uma prática e ao mesmo tempo estrutura-se nessa prática. Constitui-se como um campo disciplinar na medida em que é *“um ramo do conhecimento ordenado por meio de teorias e métodos que evoluem a partir de mais de uma visão do fenómeno de interesse”*(Parse, 1997, p.74), e que quando confrontado com outras formas de saber *“por uma perspectiva e uma maneira distinta de ver os fenómenos”* (Adam, 1985; Parse, 1999 in McEwen, 2009, p.28).

2.2.-DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM GERAL AOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS

A Ordem dos Enfermeiros em 2001, para definição conceptual de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem parte de um enquadramento conceptual das entidades saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Este enquadramento vem na direcção do que internacionalmente se entende por conceitos centrais da enfermagem;

“ De acordo com Fawcett e Malinski (1996), na década de 1970 e no início de 1980, inúmeros estudiosos de enfermagem detectaram o crescente consenso de que os fenómenos dominantes nessa ciência giravam em torno dos conceitos de indivíduo (pessoa), saúde, ambiente e enfermagem” (McEwen, 2009, p.67)

Ainda na obra citada de McEwen, M. e Wills, E. (2009), as autoras referem que Fawcett escreveu pela primeira vez sobre os conceitos centrais de enfermagem em 1978 e os formalizou como metaparadigmas. Sendo definido como metaparadigma uma ideologia dentro da qual as teorias, o conhecimento e os processos, encontram significado e coerência, para o conhecimento.

É assim que os cuidados de enfermagem são definidos pela Ordem dos Enfermeiros no documento atrás citado de 2001, caracterizados como resultantes do *“exercício profissional de enfermagem (que se centra) na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”* , onde a *“relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel”*.

Ainda segundo a OE (2001), *“os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”*, sendo assim *“o exercício profissional dos enfermeiros, insere-se num contexto de actuação multiprofissional”*, distinguindo-se dois tipos de intervenções de enfermagem: *“as*

iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas).”

Na procura permanente da excelência, são estabelecidos pela OE (2001) enunciados descritivos do exercício profissional do enfermeiro de cuidados gerais, como sejam:

- “- o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes;*
- o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde;*
- o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes;*
- o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida às quais o cliente é dependente;*
- o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde;*
- o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.”*

O evoluir da complexidade dos cuidados, em linha com a complexidade das situações em que os enfermeiros prestam a sua acção concreta no quadro do exposto anteriormente e que constitui o pensamento regulador para o exercício de enfermagem em Portugal, tem marcado a necessidade de áreas especializadas em enfermagem. Já Canário em 1997 constata que a formação em enfermagem para dar resposta às situações é *“marcada pela progressão aos níveis académicos, pela formação continua e também pela formação especializada”*.

Collière (1989) identificava também como aspectos positivos à formação especializada: i) o conhecimento e compreensão de determinadas áreas dos cuidados em termos mais profundos; ii) uma melhor performance e desenvolvimento de competências para o exercício; iii) desenvolvimento da consciência socio-profissional ao nível de autonomia, revalorização das práticas e reconhecimento interdisciplinar, social, cultural e profissional.

É reconhecido que o enfermeiro especialista tem responsabilidades e saberes, que diferem dos outros enfermeiros, dada a sua proximidade e permanência nos contextos das práticas e deverá constituir-se como modelo de referência nos cuidados e desempenhar um papel activo, como agente de mudança e de liderança nas equipas. Estes ao serem legitimamente reconhecidos como os mais qualificados para o

desempenho, deverão ser por excelência o garante da qualidade dos cuidados e o suporte na construção da identidade dos enfermeiros.

2.3.-COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS: DAS COMUNS ÀS ESPECÍFICAS

Colocada a questão da vantagem para a qualificação das respostas de acção dos enfermeiros na satisfação de necessidades das pessoas, que passam por respostas mais estruturadas e profundas de um nível maior de complexidade possível com respostas especializadas, importa para ter um quadro completo, visitar as competências comuns dos enfermeiros especialistas e às competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

A Ordem dos Enfermeiros, no regulamento nº 122/2011, considera as seguintes competências comuns a enfermeiros especialistas:

Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, devendo demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Promover práticas de cuidados, que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; demonstrando uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colaborando na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, reconhecendo que essa melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Criar e Manter um Ambiente Terapêutico e Seguro, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para

a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Gerir os Cuidados, optimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, realizando a gestão dos cuidados, optimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados, adequando, na gestão desses cuidados, os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade, demonstrando, em face da situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Relewa a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, assentando os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Já em relação às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, de acordo com Diário da República, 2.ª série - N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011, regulamento nº 125/2011, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Tem como objectivos gerais melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima.

Assim sendo, estes concebem, implementam e monitorizam planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são então definidas como as seguintes:

- i) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- ii) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- iii) Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A Ordem dos Enfermeiros no documento datado de 2011 e designado “Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”, define a enfermagem de reabilitação, como *“uma área de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do auto-cuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades”*.

2.4.-QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADOS COMO EXIGÊNCIA SOCIAL

A Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade reguladora da profissão, preocupada com a qualidade dos cuidados, o que lhe advém do mandato social de que é portadora, expressa com clareza:

“Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma acção prioritária. Assim, as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas” (OE, 2001, p.3).

E ainda,

“...Daqui ressalta o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática, no sentido de promover o exercício profissional da Enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade” (OE, 2001, p.4).

A percepção de que os cuidados de enfermagem têm de ser qualificados, na sua consecução com qualidade, corresponde a uma matriz fundadora da enfermagem, está presente, desde que a enfermagem, compreendendo o mandato social de que era portadora, incorporou, que as suas acções sendo dirigidas às pessoas, tinham de constituir-se como acções de elevado nível.

Pinho (2012, p.37) advoga que *“...a qualidade e a enfermagem andaram sempre próximas, mas o seu cruzamento é apontado pela sociedade de investigadores no*

período de Florence Nightingale, quando são criados protocolos de actuação para as enfermeiras e dados os primeiros passos na sua rigorosa formação científica. A partir desse momento o seu caminho nunca mais se separou, até aos dias de hoje com a criação de critérios de padrões de qualidade pela ordem dos Enfermeiros Portugueses.”

A mesma autora, referindo-se ao pensamento de Donabedian (1992), é de opinião que *“a melhoria das condições de saúde atribuíveis à assistência ou aos programas de intervenção, são a raiz da definição de qualidade como produto social, representado por concepções e valores sobre a saúde, expectativas sobre as relações entre clientes e prestadores de serviços, assim como o modo como são legitimados os papéis no sistema de saúde”*. Para Donabedian (1992) a garantia da qualidade em saúde, expressa o esforço permanente realizado no melhoramento da saúde, através da monitorização e avaliação contínua da estrutura, do processo e dos resultados da prestação de serviços.

A incorporação de conceitos de qualidade na área de assistência à saúde, para Czapski (1999), dá-se não só em função das necessidades de organização do sistema para controlar os crescentes custos, mas também, na consideração de que a saúde é um indispensável bem de produção, pré-requisito essencial da capacidade humana de conceber riqueza.

É neste contexto que se torna imperiosa a utilização de indicadores, sejam eles clínicos ou outros. Segundo Casparie (2000, p.190) *“um elemento mensurável da assistência que fornece uma impressão de qualidade dessa assistência. Ele pode ser usado para a procura de potenciais de qualidade, para a monitorização de processos previamente definidos e para uma avaliação após a introdução e desenvolvimento de actividades de melhoria de qualidade”*.

Revemo-nos na perspectiva de que os enfermeiros, como prestadores de cuidados com capacidade de decisão clínica, directa e indirecta, espelhada em intervenções autónomas e interdependentes, são portadores de um desígnio social resultante da confiança directamente depositada nos enfermeiros pelas pessoas e indirectamente pelo estado através das suas organizações, tendo como imperativos deontológicos e éticos de uma resposta qualificada. O que torna necessário que se procurem caminhos com objectivos de recolha de informação, tratamento, análise e sistematização, assim como, definição de planos de acção direccionados, com o mínimo de equívocos, máxima eficácia e eficiência, qualificados e qualificantes. Assim partilhamos a afirmação de Pinho (2012, p.71) *“a meta da administração da qualidade é fazer correctamente já na primeira vez”*.

Quando junto de pessoas idosas acometidas por um AVC, indo ao encontro daquilo que socialmente esperam de nós, ajudamos facilitando os processos de transição tendo como

foco de atenção o bem-estar (Meleis, 2010), fazemo-lo, procurando sempre a melhor forma, a mais bem informada, a mais eficaz, a que pode ser avaliada com melhores resultados e passíveis de serem demonstrados.

O PAMPI-AVC, protocolo multidimensional, pode constituir-se como um bom contributo para a recolha sistematizada de informação clínica e vivencial que ajuda a priorizar as terapêuticas de enfermagem adequadas a cada situação concreta.

3 - SÍNTESES CONCLUSIVAS

O conjunto dos estudos realizados, a reflexão e articulação de todo o material recolhido, permitiu sintetizar as seguintes conclusões:

1 - Compreensão em profundidade e abrangência dos processos de transição em que se encontram as pessoas idosas após AVC em reabilitação na RNCCI no Distrito de Coimbra, possibilitada através do estudo qualitativo de natureza fenomenográfica, abarcando uma multiplicidade de aspectos significativos sobre as suas vivências resultante de uma adequação metodológica de rigor na recolha de informação através de entrevistas semi-estruturadas, concretizadas em vinte e dois informantes.

2 - A compreensão significativa das vivências das pessoas idosas e a análise subsequente efectuada, possibilitou um conjunto de indicadores, validados por um painel de peritos, que constituem a base de um instrumento quantitativo passível de estruturação, com a finalidade de objectivar e tornar operacional sob o ponto de vista métrico e clínico a informação disponível e futuramente a recolher.

3 - A proposta de instrumento a que se chegou e que se designou por Protocolo de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa após Acidente Vascular Cerebral - PAMPI-AVC, revelou características métricas adequadas, quer nos aspectos de fidelidade nomeadamente no que diz respeito à consistência interna do total e dos vários domínios, quer nos aspectos de validade de constructo e validade concorrente.

4 - A proposta de instrumento a que se chegou e que se designou por Protocolo de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa após Acidente Vascular Cerebral - PAMPI-AVC, apresenta relevância clínica por permitir em tempo útil de forma concisa, trabalhar, organizar e ponderar informação concreta pessoalizada, essencial para o estabelecer de planos de acção de enfermagem individualizados e/ou dirigidos a grupos, que tenham efectividade e possibilitem a avaliação das acções terapêuticas traduzidas em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

5 - O PAMPI-AVC sistematiza informação sociodemográfica e socioeconómica, clínica, sobre a funcionalidade, capacidade para o desempenho de actividades essenciais de vida (AEVI), actividades de vida complementares (AVIC), actividades de vida complexas (AVIComp), e aspectos dos domínios psicológico, espiritual e social.

6 - O estudo de oitenta e oito pessoas idosas após AVC, em transição de saúde-doença, saúde/doença/bem-estar, em processo de reabilitação em instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no distrito de Coimbra concretizado através do PAMPI-AVC, proporcionou constatar a adequação e utilidade do protocolo para o

conhecimento dos processos vivenciais passíveis de acções de enfermagem concretas nesse grupo.

7 - Decorrente do conhecimento em concreto das características e aspectos vivenciais das oitenta e oito pessoas idosas referidas, foi possível identificar alterações específicas nos domínios espirituais, sociais, psicológicos e físico-funcionais, realçando aspectos no que concerne à percepção do estado de saúde, à dor, ao estado de visão, à desorientação, à perturbação com a presença de muita gente e à diminuição da força muscular, com as seguintes características:

- a) Cerca de trinta e oito por cento percebem o seu estado de saúde como mau ou muito mau.
- b) Um pouco mais de um terço (33) não apresentam dor, mas um terço apresenta valores superiores a 5 numa escala de 1 a 10. A dor generalizada está presente antes do episódio de AVC em 14 pessoas idosas e sobe para 17 após o AVC.
- c) O estado de visão, tudo indica, deteriorou-se significativamente após o AVC, a dificuldade de ver coisas, que estavam ao seu lado, aumentou de 6,7% de pessoas idosas, antes, para 68,1% após o AVC.
- d) Naturalmente as médias de força muscular são reduzidas nas oitenta e oito pessoas idosas e mais acentuadas à esquerda.
- e) Quarenta e cinco vírgula quatro por cento do conjunto de pessoas que fazem parte do estudo, perturbam-se com muita gente à sua volta, mas só 23,9% *concordam/concordam totalmente* com o sentirem-se desorientados.
- f) A apreciação da pontuação global dos domínios permitiu uma hierarquia por ordem decrescente das pontuações com a seguinte expressão: Mais valorizado o domínio espiritual (75,30 em 100), seguindo o domínio social (61,90 em 100), em terceiro o domínio psicológico (53,74 em 100) e por último, o domínio físico-funcional (33,15 em 100).
- g) É no domínio espiritual no global e em aspectos particulares, que se encontram as pontuações mais elevadas, “*religiosidade*” (77,43 em 100), e “*positividade do sentido de vida*” (72,37 em 100).
- h) Mas, quando considerado *per-si*, a categoria com pontuação mais alta é a “*percepção da relação com os serviços de saúde*” (84,38 em 100). Os valores destas pontuações entram em contraposição com os outros domínios e categorias.

- i) As pontuações estarão em linha com as características demográficas da amostra, pessoas idosas em balanço de vida, valorizando a religiosidade e a positividade do sentido de vida, valorizando menos aspectos do domínio físico-funcional e do domínio psicológico.
- j) Facto significativo, a maior valorização da *“percepção da relação com os serviços de cuidados”*, deixando em aberto a satisfação com essa relação e ainda a real ou potencial dependência das instituições e dos prestadores de cuidados.

8 - A consideração dos aspectos mais marcantes nos domínios e dos aspectos significativos para além dos domínios, reportados através do PAMPI-AVC, permitem avaliar, pesar a importância, estabelecer prioridades, tomar decisões clínicas, dirigir acções terapêuticas de enfermagem, dirigidas à satisfação de necessidades apontadas.

9 - Espera-se que das acções de enfermagem, surjam ganhos em saúde mensuráveis, com a demonstração da sua efectividade através de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, traduzindo por imperativo social depositado na profissão e disciplina de enfermagem, um contributo claro, objectivo e concreto para o bem-estar individual, das famílias e das comunidades de pessoas idosas após Acidente Vascular cerebral.

10 - A actividade motora da pessoa idosa após AVC, insere-se e tem de ser percebida num todo vivencial onde os aspectos motores ganham significado, quando percebidos em conjunto e conjugação com aspectos demográficos, socioeconómicos, outros clínicos, como a dor e as alterações da visão, num quadro inseparável de manifestações nos domínios físico-funcional, psicológico, espiritual e social.

BIBLIOGRAFIA

- ACSM. (2006). Manual do ACSM para avaliação da aptidão física relacionada à saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Adam, E. (1985). Toward more clarity in terminology: Framework, theories and models. *Journal of Nursing Educations*, 24 (4), 151-155.
- Adams, R. D., Victor, M., & Ropper, A. H. (1999). *Neurologia - Compêndio: Doenças vasculares cerebrais*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil.
- Alouche, S. R., & Oliveira Silva, L. C. (2009). Marcha no idoso. In M. R. Perracini, & C. M. Fló, *Funcionalidade e envelhecimento* (pp. 108-114). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Alouche, S. R., & Sá, C. D. (2009). Aprendizado, comportamento motor e envelhecimento. In M. R. Perracini, & C. M. Fló, *Funcionalidade e envelhecimento* (pp. 91-105). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Anderson, T. P. (1986). Reabilitação de pacientes com derrame completado. In F. J. Kottke, G. K. Stillwell, & J. F. Lehmann, *Krusen: Tratado de medicina física e reabilitação* (pp. 604-626). Barueril: Manole.
- André, C. (1999). *Manual de AVC*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Apóstolo, J. L. (2010). O conforto pelas imagens mentais na depressão ansiedade e stresse. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Apóstolo, J. L. (2011). Adaptation into European Portuguese of the Geriatric Depression Scale (GDS-15). *Revista de Enfermagem Referência*, 3ª Série, Supl. Actas e Comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem da ALADEF, (p. 452).
- Apóstolo, J. L., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptation to Portuguese of The Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14 (6), pp. 863-871.
- Apóstolo, J., Ventura, A., Caetano, C., & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stress em utentes de cuidados de saúde primários. *Referência*, 2ª Série (8), pp. 45-49.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, (2), pp. 59-66.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da Escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. L. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.
- Araújo, M.P., Araújo, P.M., Caporrino, F. A., Faloppa, W. & Albertini, W.M. (2002). Estudo populacional das forças das pinças polpa-a-polpa, trípode e lateral. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 37 (10), pp. 496-504.

- Azeredo, Z. (2011). Envelhecimento individual. In Z. Azeredo, O idoso como um todo (pp. 46-76). Viseu: PsicoSoma.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8 (4) pp. 199-204.
- Barcala, L., Colella, F., Araujo, M. C., Salgado, A. S., & Oliveira, C. S. (2011). Análise do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após o treino com o programa Wii Fit. *Fisioterapia em Movimento*, 24 (2) pp. 337-343.
- Bardin, L. (2008). Análise de conteúdo (5ª ed.). Lisboa: Editora 70.
- Bishop, A., & Scudder, J. (1985). Applied science, practice and intervention technology. In A. Omery, C. Kasper, & G. Page (Eds.), *In search of nursing science* (pp. 263-274). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Bonita, R., & Beaglehole, R. (2007). Stroke prevention in poor countries: Time for action. *Stroke*, 38 (11) pp. 2871-2872.
- Borella, M., & Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de actividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociências*, 17 (2), pp. 161-169.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: CLimepsi Editores.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Brandstater, M. E. (2002). Reabilitação no derrame. In J. A. DeLisa, *Tratado de medicina de reabilitação: Princípios e prática* (pp. 1227-1253). São paulo: Manole.
- Brody, L. T. (2001). Deficiência do equilíbrio. In C. M. Hall, & L. T. Brody, *Exercício terapêutico na busca da função* (pp. 114-129). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cabral, N. (2010). Cuidados continuados: A necessidade de abordagem integrada nas áreas da saúde e da segurança social. In N. Cabral, O. M. Amador, & G. W. O. Martins, *A reforma do sector da saúde: Uma realidade iminente?* (pp. 289-318). Coimbra: Almedina.
- Caldeira, S. (2011). *Espiritualidade no cuidar...Um imperativo ético*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Caldeira, S., Branco, Z. C., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: Revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 3ª Série (5), pp. 145-152.
- Caldeira, S., Gomes, A. C., & Frederico, M. (2011). De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros: A espiritualidade no local de trabalho. *Revista de Enfermagem Referência*, 3ª Série (3), pp. 25-35.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da saúde: O fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Campos, A. C., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.

- Carvalho, M. (2009). Doença vascular cerebral. In M. J. Sá, Neurologia clínica: Compreender as doenças neurológicas (pp. 167-209). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Casparie, A. (2000). Tracking clinical preventive servisse use: A comparison of health plan employer data information set with the behavioral risk factor surveillance system. *Medical Care*, 38 (2), pp. 187-194.
- Cervi, A., Franceschini, S. D. & Priore, S. E. (2005). Análise crítica do uso do índice de massa corporal. *Rev.Nutr*, 18 (6), 765-775.
- Chatterji, S., & Bickenbach, J. (2008). Considerações sobre a qualidade de vida. In Fleck, M.P.A. colab., A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde (pp. 40-47). Porto Alegre: Artmed.
- Chaves, M. L.F. (2000). Acidente vascular encefálico: conceituação e factores de risco. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 7 (4), pp.372-382.
- Christiansen, C. H., & Ottenbacher, K. J. (2002). Avaliação e gerenciamento das necessidades de cuidados pessoais diários. In J. A. DeLisa, Tratado de medicina de reabilitação: Princípios e prática. Barueri: Manole.
- Cohen, H. (2001). Sentidos especiais 2: O sistema vestibular. In H. Cohen, Neurociências para fisioterapeutas: Incluindo correlações clínicas (pp. 149-167). São Paulo: Manole.
- Collen, F., Wade, D. T., Robb, G. F., & Bradshaw, C. M. (1991). The Rivermead mobility index: A further development of the Rivermead motor assessment. *International Disability Studies*, 13 (2), pp. 50-54.
- Collière, M.-F. (1989). Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M.-F. (2003). Cuidar... A primeira arte da vida (2.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Conselho de Enfermagem. (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do enfermeiro. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): Versão beta 2 (3^a ed.). Lisboa: APE - Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2006). CIPE versão 1: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Corrêa-Camacho, C. R., Dias-Melicio, L. A., & Soares, A. M. (2007). Aterosclerose, uma resposta inflamatória. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 14 (1), pp. 41-48.
- Correia, M. (2007). Risco global e risco territorial na doença aterosclerótica. *Revista Factores de Risco*, 6, pp. 58-62.
- Correia, M., Silva, M. R., Matos, I., Magalhães, R., Lopes, J. C., Ferro, J. M., Silva, M. C. (2004). Prospective community-based of stroke in Northern Portugal: incidence and case fatality in rural and urban populations. *Stroke*, 35 (9), pp. 2048-2053.
- Costa, M. A. (1999). Questões demográficas: Repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In O idoso: Problemas e realidades (pp. 9-22). Coimbra: Formasau.

- Costa, M. A. (2002). Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Coimbra: Formasau; Lisboa: Educa.
- Coutinho, C.P. (2011). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas. Teoria e Prática. Coimbra: Almedina
- Coutinho, C.P. (2011). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática. Coimbra: Almedina.
- Czapski, C. (1999). Qualidade em estabelecimentos de saúde. São Paulo: Editora Senac.
- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. Diário da República nº109/06, I Série-A, pp.3856-3865. Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). Acidente vascular cerebral: Itinerários clínicos. Lisboa: Lidel.
- Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assesement and assurance. Quality Review Bulletin, 18 (11), pp. 356-360.
- Doran, D. M. (2003). Nursing outcomes. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Edwards, S. (2004). Tónus e movimento anormais em resultado de lesão neurológica: Considerações para o tratamento. In S. Edwards, Fisioterapia neurológica (pp. 97-131). Loures: Lusociência.
- Escarcel, B. W., Muller, M. R., & Rabuske, M. (2010). Análise do controle postural de pacientes com AVC Isquêmico próximo a alta hospitalar. Revista Neurociências, 18 (4), pp. 498-504.
- European Commission. (2008). The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission. (2010). Europe in figures. Eurostat yearbook 2010. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Farinatti, P. T. (2008). Teorias do envelhecimento. In P. Farinatti, Envelhecimento: Promoção da saúde e exercício (pp. 23-37). São Paulo: Manole.
- Fernandes, M. A. (2005). Introdução à fenomenografia: Potencialidades de aplicação à investigação em saúde e enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem, 12, pp. 3-10.
- Fernandes, M. A. (2009). Dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes. Coimbra: Formasau.
- Ferraz, A. C., & Pedro, M. (2002). Acidente vascular cerebral isquêmico. In E. Knobel, A. C. Ferraz, A. C. Neto, & F. S. Machado, Neurologia: Terapia intensiva (pp. 93-110). São Paulo: Atheneu.
- Ferreira, E. A., & Marques, A. P. (2009). Postura e envelhecimento. In M. R. Perracini, & C. M. Fló, Funcionalidade e envelhecimento (pp. 153-165). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Ferro, J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In J. Ferro, & J. Pimentel, *Neurologia: Princípios, diagnóstico e tratamento* (pp. 77-87). Lisboa: Lidel.
- Figueiredo, I. M., Sampaio, R. F., Maucini, M. C., Silva, F. C. & Souza, M. A. (2000). Teste de força de preensão utilizando o dinamômetro Jamar. *Acta Fisiátrica*, 14 (2), pp. 104-110.
- Filho, N., & Rouquayrol, M. Z. (2006). *Introdução à epidemiologia* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: Aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), pp. 171-178.
- Fox, C. R. (2001). Sentidos especiais 3: O sistema visual. In H. Cohen, *Neurociências para fisioterapeutas* (2ª ed., pp. 169-194). São Paulo: Manole.
- Freitas, E. V., & Miranda, R. D. (2006). Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 900-909). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Frontera, W. R., & Larsson, L. (2001). Função da musculatura esquelética nas pessoas idosas. In T. L. Kauffman, *Manual de reabilitação geriátrica* (pp. 7-10). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Garcia, C., & Coelho, M. H. (2009). *Neurologia clínica: Princípios fundamentais*. Lisboa: Lidel.
- Goldstein, L. L., & Sommerhalder, C. (2002). Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In E. V. Freitas, L. Py, A. Neri, F. A. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha, *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 950-956). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gonçalves, A. F., & Cardoso, S. M. (1997). Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais em Coimbra. *Acta Médica Portuguesa*, 10, pp. 543-550.
- Gonçalves, C. J., & Coelho, L. (2001). Corporeidade, movimento, plasticidade neuronal e maturidade ativa. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 3, pp. 123-147.
- Gonçalves, S. (2010). Cuidados continuados integrados. In J. Simões, *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso comentado* (pp. 561-599). Coimbra: Almedina.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Estoril: Princípiá Editora.

- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, pp. 9-10.
- Guimarães, M. A., Carvalho, W. L., & Oliveira, M. S. (2010). Raciocínio moral na tomada de decisões em relação a questões sociocientíficas: O exemplo do melhoramento genético humano. *Ciência & Educação*, 16 (2), pp. 465-477.
- Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Salive, M. E., & Wallace, R. B. (1995). Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *The New England Journal of Medicine*, 332 (9), pp. 556-561.
- Henderson, V. (2006). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hershey, L. A. (2002). Doença cerebrovascular. In E. H. Duthie, & P. R. Katz, *Geriatría prática* (pp. 322-329). Rio de Janeiro: Revinter.
- Hesbeen, W. (2004). O cuidado, uma necessidade para o mundo. In W. Hesbeen, *Cuidar neste mundo* (pp. 9-30). Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade funcional nas actividades de vida diária. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 209-270). Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O Envelhecimento em Portugal – Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). *Dia Internacional do Idoso – 1 de Outubro de 2007*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2008). *Estimativas de população residente - 2007*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de população residente em Portugal – 2008-2060*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012a). *Censos 2011 - Resultados definitivos - Portugal*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012b). *Saúde e incapacidades em Portugal 2011*. Lisboa: INE.
- Júnior, C. M., & Heckmann, M. (2002). Distúrbios da postura, marcha e quedas. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. Cançado, M. L. Gorzini, & S. M. Rocha, *Tratado de geriatría e gerontologia* (pp. 624-634). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Junqueira, R. T., Ribeiro, A. M., & Scianni, A. A. (2004). Efeitos do fortalecimento muscular e sua relação com a actividade funcional e a espasticidade em indivíduos hemiparéticos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 8 (3), pp. 247-252.
- Kandel, E. R., & Wurtz, R. H. (2003). Construção da imagem visual. In E. R. Kandel, J. H. Schwartz, & T. M. Jessell, *Princípios da neurociência* (4ª ed., pp. 492-506). São Paulo: Manole.
- Kauffman, T. L., & Jackson, O. (2001). O indivíduo como um todo. In T. L. Kauffman, *Manual de reabilitação geriátrica* (pp. 3-7). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Kazanowski, M. K., & Laccetti, M. S. (2005). *Dor: Fundamentos abordagem clínica tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kendall, F. P. & MC Creary, E. K. (1987). *Músculos: Provas e Funções* (3ª ed.). São Paulo: Manole.
- Kim, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing*. New York: Springer.
- Kleiner, A. F., Schlittler, D. X., & Sánchez-Arias, M. D. (2011). O papel dos sistemas visual, vestibular, somatosensorial e auditivo para o controle postural. *Revista Neurociências*, 19 (2), pp. 349-357.
- Lacerda, R. A. (2009). A qualidade de vida no processo de readaptação à vida na velhice: Estudo com um grupo de homens acometidos de AVC. *Revista Científica Internacional*, 2 (6).
- Lacourt, M. X., & Marini, L. L. (2006). Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: Uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3 (1), pp. 114-121.
- Laham, C. F., & Aranha, V. C. (2009). Motivação, participação e satisfação na velhice. In M. R. Perracini, & C. M. Fló, *Funcionalidade e envelhecimento* (Vol. 15, pp. 221-229). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lehmkuhl, L., & Smith, L. K. (1989). *Cinesiologia clínica* (4ª ed.). São Paulo: Manole.
- Leininger, M. (1978). The phenomenon of caring: Importance, research questions and theoretical considerations. In M. Leininger, *The phenomena and nature of caring*. Salt Lake City: University of Utah.
- Livta, A., & Jacoby, A. (2004). Os métodos qualitativos e a prática baseada na evidência. In J. V. Craig, & R. L. Smyth, *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros* (pp. 136-163). Loures: Lusociência.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L., Bassi, R. M., Nasri, F., & Nacif, S. A. (2011). O idoso e a sua espiritualidade: Impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14 (1), pp. 159-167.
- Lundy-Ekman, L. (2008). *Neurociências: Fundamentos para a Reabilitação* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Maciel, Á. C., & Guerra, R. O. (2005). Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (1) pp. 37-44.
- Maeno, M., Takahashi, M. A., & Lima, M. A. (2009). Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiátrica*, 16 (2), pp. 53-58.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. In D. G. Carroll (Ed.), *Rehabilitation* (pp. 61-65). Baltimore City Medical Society: Annual Meeting - April 21,22,23.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Martins, I. P. (2006). Funções cognitivas. In J. Ferro, & J. Pimentel, *Neurologia: Princípios, diagnóstico e tratamento* (pp. 1-23). Lisboa: Lidel.

- Martins, M. M. (2002). Uma crise accidental na família: O doente com AVC. Coimbra: Formasau.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. e Neto, T. L. (2000). Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8 (4), pp. 21-32.
- McEwen, M. (2009a). Bases teóricas para enfermagem (2ª ed.). São Paulo: Artmed.
- McEwen, M. (2009b). Visão geral da teoria na enfermagem. In M. McEwen, & E. M. Wills, Bases teóricas para enfermagem (2ª ed., pp. 48-73). São Paulo: Artmed.
- Medalha, C. C., & Navega, F. R. (2007). Principais doenças neurológicas no idoso: Tratamento fisioterapêutico. In P. Driusso, & B. Chiarello, *Fisioterapia gerontológica* (pp. 119-136). Barueri: Manole.
- Medina, J. L. (1999). La pedagogia del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Editora Laertes.
- Meireles, A. E., Pereira, L. M., Oliveira, T. G., Christofoletti, G., & Fonseca, A. L. (2010). Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. *Revista Neurociências*, 18 (1), pp. 103-108.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), pp. 255-259.
- Menezes, T.N., Souza, J.M. e Marucci, M.D. (2008). Avaliação do estado nutricional dos idosos residentes em fortaleza/CE: o uso de diferentes indicadores Antropométricos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 10 (4), pp. 315-322.
- Menoita, E. C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Loures: Lusociência.
- Monteiro, É., Gimenez, M. M., Fontes, S. V., Fukujima, M., & Prado, G. F. (2009). Queixas urinárias em mulheres com infarto cerebral. *Revista Neurociências*, 17 (2), pp. 103-107.
- Morais, R. D. (2006). Motricidade humana e déficits existenciais. In D. Rodrigues, *Actividade motora adaptada: A alegria do corpo* (pp. 3-15). São Paulo: Artes Médicas.
- Moreira, D., Álvarez, R. R., Gogoy, J. R. & Cambraia, A. D. (2003). Abordagem sobre preensão palmar utilizando o dinamômetro Jamar: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 11 (2), pp. 95-99.
- Mota, R., Conceição, T. M., Soares, T. M., Silva, I. L., Cardoso, F. B., & Beresford, H. (2010). Uma avaliação acerca do perfil somatossensorial de indivíduos hemiparéticos. *Motricidade*, 6 (3), pp. 13-19.
- Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri, *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161-200). São Paulo: Papirus.
- Neto, F. R. (2009). A aptidão motora e o idoso. In F. R. Neto, *Manual de avaliação motora para a terceira idade* (pp. 13-25). Porto Alegre: Artmed.

- Netto, M. P. (2006). O estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Netto, M. P., & Borgonovi, N. (1996). Biologia e teorias do envelhecimento. In M. P. Netto, *Gerontologia* (pp. 44-59). São Paulo: Atheneu.
- Norkin, C. C., & White, D. J. (1995). Medida do Movimento Articular: Manual de Goniometria (2ª ed.). São Paulo: Manole.
- Nubila, H. B., & Buchalla, C. M. (2008). O papel das classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 11 (2), pp. 324-335.
- O'Sullivan, S. B. (1993). Acidente vascular cerebral. In S. B. O'Sullivan, & T. J. Schmitz, *Fisioterapia: Avaliação e tratamento* (2ª ed., pp. 385-425). São Paulo: Manole.
- Oliveira, B. (2010a). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Oliveira, B. (2010b). *Psicologia positiva: Uma nova psicologia*. Porto: Legis Editora.
- Oliveira, L. D., Moraes, E. N., Salmela, L. F., Faria, C. D., & Goulart, F. R. (2008). Acidente vascular cerebral: Prevenção, diagnóstico, tratamento clínico e reabilitação fisioterápica. In E. N. Moraes, *Princípios básicos de geriatria e gerontologia* (pp. 487-498). Belo-Horizonte: Coopmed.
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 18 (4), pp. 437-453.
- Oliveira, R. D. (2003). Afecções neurológicas do sistema nervoso central. In J. A. Levy, & A. S. Oliveira, *Reabilitação em doenças neurológicas: Guia terapêutico prático* (pp. 15-30). São Paulo: Atheneu.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Rede nacional de cuidados continuados integrados: Referencial do enfermeiro*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (1987). *Soins infirmiers: Les concepts et la pratique*. Montreal: Décarie Éditeur.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of pratique* (6Th ed ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Pais, J., Cruz, V. T., & Nunes, B. (2008). Como funciona a memória. In B. Nunes, *Memória: Funcionamento perturbações e treino* (pp. 3-16). Lisboa: Lidel.
- Parse, R. (1997). The language of nursing knowledge: Saying what we mean. In I. King, & J. Fawcett, *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Center Nursing Press.

- Parse, R.-R. (1999). Nursing: The discipline and the profession. *Nursing Science Quarterly*, 12 (4), pp. 275-279.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). Apresentação. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 15-18). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos Portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pereira, A. (2005). O quotidiano como referência para a investigação das intervenções de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26 (3), pp. 316-325.
- Pereira, S., Coelho, F. B., & Barros, H. (2004). Acidente vascular cerebral: Hospitalização, mortalidade e prognóstico. *Acta Médica Portuguesa*, 17 (3), pp. 187-192.
- Perracini, M., Najas, M., & Bilton, T. (2002). Conceitos e princípios em reabilitação gerontológica. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha, *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 814-827). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Petronilho, F. A. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pinheiro, M., & Ferreira, J. A. (2002). O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, pp. 315-333.
- Pinho, C. A. (2012). *Qualidade em saúde: Que trajectos de formação dos enfermeiros?* (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Pinto, A. M., & Botelho, M. A. (2009). Fisiologia do envelhecimento. In A. M. Pinto, *Fisiologia e aplicações* (pp.493-514). Lisboa: Lidel.
- Pires, C. M. (2007). Fisiologia do exercício aplicado ao idoso. In Rebelatto, J. R. & Morelli, J.G.S., *Fisioterapia Geriátrica: A prática da assistência ao idoso* (2ª ed., pp. 123-165). Barueri: Manole.
- Pires, R. S. (2009). Neuroplasticidade e envelhecimento. In M. R. Perracini, & C. M. Fló, *Funcionalidade e envelhecimento* (pp. 83-89). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pires, S. L., Gagliardi, R. J., & Gorzini, M. L. (2004). Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arquivos Neuro-Psiquiatria*, 62 (3-B), pp. 844-851.
- Polese, J. C., Tonial, A., Jung, F. K., Mazuco, R., Oliveira, S. G., & Schuster, R. C. (2008). Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico. *Revista Neurociências*, 16 (3), pp. 175-178.

- Portugal, P. (2012). Ano Europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações.
- Py, M. O. (2006). Doenças cérebro-vasculares. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, Tratado de geriatria e gerontologia (2ª ed., pp. 333-347). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Queirós, P. (2011a). À procura de conceitos centrais: Um contributo para a teoria de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3ª Série (4). Supl. Actas e Comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem (vol. 2, p. 599).
- Queirós, P. (2011b). Enfermagem, ciência humana prática. *Revista Sinais Vitais*, 97, pp. 13-16.
- Queiroz, A. A., Meireles, M. A., & Cunha, S. R. (2007). Investigar para compreender. Loures: Lusociência.
- Rabelo, D. F., & Néri, A. L. (2006). Bem-estar subjectivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: Uma revisão. *Estudos de Psicologia*, 11 (2), pp. 169-177.
- Regulamento nº 122, de 18 de Fevereiro de 2011. Diário da República nº 35/11, II Série, pp. 8648-8653. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 125 de 18 de Fevereiro de 2011. Diário da República nº 35/11, II Série, pp. 8658-8659. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Ribeiro, J. L. (2005). Introdução à psicologia da saúde. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. (2008). Metodologia de investigação em psicologia e saúde (2ª ed.). Porto: LivPsic/ Legis Editora.
- Rodrigues, D. (2006). As dimensões de adaptação de actividades motoras. In D. Rodrigues, Atividade motora adaptada: A alegria do corpo (pp. 39-47). São Paulo: Artes Médicas.
- Roselló, F. T. (2009). Antropologia do cuidar. Petrópolis: Editora Vozes.
- Ryerson, S. D. (2010). Hemiplegia. In D. A. Umphred, Reabilitação neurológica (5ª ed., pp. 769-811). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Sá, M. J. (2009). Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, pp. 12-19.
- Sacco, R.L., et al., (1997). Risk factors. *Stroke*, 28, pp. 1507-1517.
- Sampaio, R., Mancini, M. C., Gonçalves, G. G., Bittencourt, N. F., Miranda, A. D., & Fonseca, S. T. (2005). Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9 (2), pp. 129-136.
- Sandbergh, J. (1997). Are phenomenographic results reliable? *Higher Education Research & Development*, 16, (2), pp. 203-212.

- Scalise-Smith, D. L., & Umphred, D. A. (2010). Desenvolvimento motor durante toda a vida. In D. A. Umphred, *Reabilitação neurológica* (pp. 23-50). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Scalzo, P. L., Zambaldi, P. A., Rosa, D. A., Souza, D. S., Ramos, T. X., & Magalhães, V. (2011). Efeito de um treinamento específico de equilíbrio em hemiplégicos crônicos. *Revista Neurociências*, 19 (1), pp. 1-8.
- Schlindwein-Zanini, R. (2009). Aspectos psicológicos e neuropsicológicos do idoso. In F. R. (Colab.), *Manual de avaliação motora para a terceira idade* (pp. 62-73). São Paulo: Artmed.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sérgio, M. (1994). *Motricidade humana: Contribuições para um paradigma emergente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Silva, A. C. (2009). Processo natural do envelhecimento. In J. V. Silva, *Saúde do idoso e a enfermagem: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos* (pp. 23-45). São Paulo: Iátria.
- Silva, C. E., Brasil, M. A. & André, C. (2005). Depressão pós-acidente vascular cerebral: Prevalência, curso, diagnóstico e psicopatologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (4), pp. 318-326.
- Silva, J. V., Haddad, J. G., Pereira, M. I. & Lima, R. S. (2011). Teoria de enfermagem do deficit do autocuidado - Dorethea Orem. In C. G. Braga, & J. V. Silva, *Teorias de enfermagem* (pp. 85-103). São Paulo: Iátria.
- Silva, T. A., Junior, A. F., Pinheiro, M. M. & Szejnfeld, V. L. (2006). Sarcopenia associada ao envelhecimento: Aspectos etiológicos e opções terapêuticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46 (6), pp. 391-397.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26 (3), pp. 503-515.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice*. Porto: Ambar.
- Sjostrom, B., & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (3), pp. 339-345.
- Soares, A. V., Kerscher, C., Uhlig, L., Domenech, S. C. & Júnior, N. G. (2011). Dinamometria de preensão manual como parâmetro de avaliação funcional do membro superior de pacientes hemiparéticos por acidente vascular cerebral. *Fisioterapia e Pesquisa*, 18 (4), pp. 359-364.
- Sousa, F. A. & Silva, J. A. (2004). Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. *Revista Dor*, 5 (4), pp. 469-513.
- Sousa, F. F. & Silva, J. A. (2005). A métrica da dor (dormetria): Problemas teóricos e metodológicos. *Revista Dor*, 6 (1), pp. 469-513.
- Strasser, S. (1985). *Understanding and explanation: Basic ideas concerning the humanity of the humans sciences*. Pitsburg: Duquesne University Press.
- Stucki, G., Reinhardt, J. D., Grimby, G., & Melvin, J. (2007). O desenvolvimento da "Pesquisa em funcionalidade humana e reabilitação" a partir de uma perspectiva abrangente. *Acta Fisiátrica*, 15 (1), pp. 63-69.

- Svensson, L. (1997). Theoretical foundations of phenomenography. *Higher Education Research & Development*, 16 (2), pp. 159-171.
- Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *American Geriatrics Society*, 34 (2), pp. 119-126.
- Torriani, C., Mota, E. P., Sales, A. L., Ricci, M., Nishida, P., Marques, L., Lima, R. Z. (2008). Efeitos da estimulação motora e sensorial no pé de pacientes hemiparéticos pós acidente vascular encefálico. *Revista Neurociências*, 16 (1), pp. 25-29.
- Tuckman, B. W. (2012). *Manual de investigação em educação* (4ª ed. act.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Uchino, K., Pary, J., & Grotta, J. (2008). *Acidente vascular encefálico*. Rio de Janeiro: Revinter.
- United Nations. (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision, Volume I: Comprehensive Tables*. Department of Economic and Social Affairs. ST/ESA/SER.A/313.
- Vandervoort, A. A. (2000). Alterações biológicas e fisiológicas. In B. Pickles, A. Compton, C. Cott, J. Simpson, & A. Vandervoort, *Fisioterapia na terceira idade* (pp. 67-80). São Paulo: Livraria Santos.
- Vieira, E. B., & Koenig, A. M. (2002). Avaliação cognitiva. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha, *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 921-928). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watt-Watson, J., & McGillion, M. (2003). Pain as a symptom outcome. In D. M. Doran, *Nursing outcomes: The state of the science* (pp. 201-239). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Zaidat, O. O., & Lerner, A. J. (2009). *Manual de neurologia*. Rio de Janeiro: Elsevier

ANEXO I
INSTRUMENTO CONSTRUÍDO PARA RECOLHA DE INFORMAÇÃO

ACTIVIDADE MOTORA DA PESSOA IDOSA APÓS AVC
Questionário Sócio-Económico e Demográfico

1 - Idade anos

2- Sexo ☐ F ☐ M

3 - Estado Conjugal

☐ Casado(a) / União de facto ☐ Solteiro/a ☐ Separado(a) / Divorciado (a) ☐ Viúvo/a

4 - Religião ☐ Católica ☐ Protestante ☐ Judaica ☐ Muçulmana ☐ Nenhuma ☐ Outra _____

5 - Condições habitacionais antes do episódio do AVC ?

☐ Óptimas ☐ Boas ☐ Razoáveis ☐ Más ☐ Péssimas

5 a) Tipo de habitação:

Apartamento com elevador: ☐ Sim
☐ Não

Moradia própria: ☐ Sim
☐ Não

6 - Antes do episódio do AVC, morava com ?

☐ Conjuge ☐ Filhos ☐ Outros elementos da família ☐ Sozinho ☐ Outros

N.º de membros do agregado familiar pessoas.

Relação Familiar ?

☐ Harmoniosa
☐ Conflitos pontuais / esporádicos
☐ Conflitos frequentes / permanentes

7- Tipo de ajuda (em caso de necessidade)

☐ Pessoa significativa ou familiar ☐ Institucional

Aspectos Biológicos e de Saúde

8 - Tipo de AVC

☐ Isquémico _____ ☐ Hemorrágico _____ ☐ Não sabe

9 - Tempo decorrido após AVC meses.

10 - Local de Permanência após o AVC.

☐ Domicílio
☐ Institucionalizado ☐ Lar
☐ RNCCI

11 - Tipologia da Unidade de Internamento - RNCCI.

☐ 30 Dias - Convalescença
☐ 30 a 90 Dias - Média Duração
☐ >90 Dias - Longa Duração

12 - Medidas Antropométricas

Peso Kg

Altura Cm

IMC Kg/m²

☐ Baixo peso -- $< \text{ou} = 22 \text{ Kg/m}^2$

☐ Eutrofia -- De 22 a 27 Kg/m²

☐ Sobrepeso -- $> \text{ou} = 27 \text{ Kg/m}^2$

13 - Toma Medicamentos

☐ De 1 a 2

☐ De 3 a 4

☐ >a 5

Quais:

☐ Antipsicótico

☐ Ansiolítico

☐ Antidepressivo

☐ Não sabe

☐ Hipnótico

☐ Diurético

☐ Outros

14- História prévia de depressão ou outras situações de saúde mental?

☐ Sim ☐ Não

15 - Actualmente como percebe o seu estado de saúde.

☐ Muito Bom

☐ Bom

☐ Razoável

☐ Mau

☐ Muito Mau



DIMENSÃO FÍSICO-FUNCIONAL

DOR

(Antes)

Localizada - Local _____

Generalizada

☐ Sim

☐ Não

(Atualmente)

Localizada - Local _____

Generalizada

☐ Sim

☐ Não

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

VISÃO

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|----------|-------------------------|----------|---------------------|
| Discordo Totalmente | Discordo | N/ concordo N/ discordo | Concordo | Concordo Totalmente |

- Antes era capaz de ler ou ver o que estava escrito (Jornal, legendas na televisão...)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Não sou capaz de ler ou ver o que está escrito (Jornal, legendas na televisão...)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Antes era capaz de ver coisas que estavam ao meu lado

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Não sou capaz de ver coisas que estão ao meu lado

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Não sinto que fiquei com limitações de visão

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

AVALIAÇÃO DA APTIDÃO MUSCULAR (Força muscular e amplitude do movimento articular)

| Membros Superiores | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----|------------------|-----|--------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----|------------------|-----|
| Dt ^a | | Esq ^a | | Movimento | Local | | Movimento | Dt ^a | | Esq ^a | |
| FM | ADM | FM | ADM | | | | | FM | ADM | FM | ADM |
| | | | | Flexão | Escápulo-Umeral | Punho | Flexão | | | | |
| | | | | Extensão | | | Extensão | | | | |
| | | | | Abdução | | | Des Cubital | | | | |
| | | | | Adução | | | Des Radial | | | | |
| | | | | Rot. Interna | | | | | | | |
| | | | | Rot. Externa | Cotovelo | Preensão Palmar | Médias 3 medidas | | | | |
| | | | | Flexão | | | | | | | |
| | | | | Extensão | | | | | | | |
| | | | | Supinação | Antebraço | | | | | | |
| | | | | Pronação | | | | | | | |
| Membros Inferiores | | | | | | | | | | | |
| Dt ^a | | Esq ^a | | Movimento | Local | | Movimento | Dt ^a | | Esq ^a | |
| FM | ADM | FM | ADM | | | | | FM | ADM | FM | ADM |
| | | | | Abdução | Coxo-Femural | Tibio-Társica | Flexão Plantar | | | | |
| | | | | Adução | | | Dorsiflexão | | | | |
| | | | | Flexão | | | Inversão | | | | |
| | | | | Extensão | | | Eversão | | | | |
| | | | | Rot. Interna | | | | | | | |
| | | | | Rot. Externa | Joelho | | | | | | |
| | | | | Flexão | | | | | | | |
| | | | | Extensão | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Draft

Draft



DIMENSÃO FÍSICO-FUNCIONAL

ACTIVIDADE PSICOMOTORA

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto-me desorientado(a), desde que estou internado(a)
(Hospital, Unidade,...) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tive dificuldade em controlar o meu corpo quando fui
para o hospital ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me inquieto(a) quando estou junto de outras pessoas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Fico perturbado(a) com muita gente a falar à minha volta ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

| Qual a sua capacidade para | | | | | Actividades Essenciais à Vida (AEVI) | Com que frequência necessidade de ajuda | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Nula/ Nenhuma | 2 Baixa | 3 Média | 4 Elevada | 5 Total | | 1 Nunca ou Raramente | 2 Algumas Vezez | 3 Muitas Vezez | 4 Quase Sempre | 5 Sempre |
| Higiene Corporal | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Entrar e sair da banheira / duche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Preparar objectos necessários ao banho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Lavar e secar o corpo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cuidar da sua apresentação (Pentear-se, fazer a barba, Escovar os dentes, cortar e limpar as unhas) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vestuário (Vestir e despir) | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Escolher e ir buscar a roupa (Gavetas e armários) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Vestir-se (Abotoar e apertar os fechos, Calçar Meias, Sapatos e/ou Chinelos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Despir-se (Retirar as roupas - Desabotoar e desapertando os fechos, tirar meias e calçado) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eliminação Vesical | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Coordenar e controlar a micção | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Manusear a roupa antes e após o acto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Limpar-se após o acto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eliminação Intestinal | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Coordenar e controlar a defecação | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Manusear a roupa antes e após o acto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Limpar-se após o acto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Comer | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Comer (Gestos necessários para ingerir os alimentos - cortar os alimentos, levá-los à boca, mastigá-los e degluti-los) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beber | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Beber (Gestos necessários para Beber por uma chávena ou copo, levando-os à boca e beber) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Recreação e Lazer | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Participar em actividades recreativas com as pessoas que se encontravam à sua volta (Passeios, Grupos de convívio, ...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ocupar o tempo livre com actividades recreativas e de lazer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Draft



| Qual a sua capacidade para | | | | | Actividades Essenciais à Vida (AEVI) | Com que frequência necessidade de ajuda | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Nula/ Nenhuma | 2 Baixa | 3 Média | 4 Elevada | 5 Total | | 1 Nunca ou Raramente | 2 Algumas Vezes | 3 Muitas Vezes | 4 Quase Sempre | 5 Sempre |
| Equilíbrio / Controle Postural | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Na posição deitado (Decúbito Dorsal) rodar para o lado afectado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Na posição deitado (Decúbito Dorsal) rodar para o lado não afectado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Da posição de deitado (Decúbito Dorsal) mover-se para a posição de sentado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Da posição de sentado mover-se para a posição de deitado (Decúbito Dorsal) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Da posição de sentado mover-se para a posição de pé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Na posição de Pé curvar-se para apanhar um objecto no chão | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Permanecer de pé sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Da posição de pé mover-se para a posição de sentado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Transferências | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mover-se da cama para a cadeira e vice-versa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mover-se da cama para outra cama | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mover-se da cadeira para o sanitário e vice-versa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deambulação / Andar | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andar deslocando-se dentro de casa sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Subir e descer um lanço de escadas sem apoio (apenas apoio de corrimão ou auxiliar de marcha – muletas/bengala) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andar deslocando-se dentro de casa com auxiliar de marcha sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mover-se dentro de casa em cadeira de rodas sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andar deslocando-se fora de casa sobre superfícies irregulares (Pisos irregulares - Relva, cascalho/Gravilha, areia...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andar deslocando-se fora de casa com auxiliar de marcha sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mover-se fora de casa em cadeira de rodas sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



| Qual a sua capacidade para | | | | | Actividades de Vida Complementares (AVIC) | Com que frequência necessidade de ajuda | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Nula/ Nenhuma | 2 Baixa | 3 Média | 4 Elevada | 5 Total | | 1 Nunca ou Raramente | 2 Algumas Vezes | 3 Muitas Vezes | 4 Quase Sempre | 5 Sempre |
| Tarefas Domésticas | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Fazer as compras e adquirir os bens necessários para o seu dia-a-dia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Preparar os alimentos e servir refeições | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Fazer Tarefas Domésticas Leves (Limpar a cozinha e os utensílios...) © | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Fazer Tarefas Domésticas Pesadas (Lavar e secar roupa, Limpar a habitação) © | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Realizar actividades para manutenção na casa ou local de Habitação © | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Utilizar ferramentas necessárias para as reparações na manutenção da habitação © | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Realizar tarefas para obter alimentos da actividade agrícola (Cultivar produtos alimentares para consumo pessoal – Plantar, Regar, ...) © | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Cuidar de animais domésticos e de estimação © | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Transportes | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Utilizar transporte público sozinho(a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Utilizar transporte público acompanhado(a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Utilizar apenas transportes privados (Táxi, automóvel familiares, ...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Responsabilidade - Medicação | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Cumprir a prescrição da medicação (medicamento, dose e horas correctas) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aspectos Económicos/Financeiros | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Lidar com dinheiro para fazer as compras do dia-a-dia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Gerir aspectos económicos (Manter conta bancária, fazer negócios, ...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Controlar os recursos económicos (garantir segurança económica face aos rendimentos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso do Telefone | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Utilizar com uma ou ambas as mãos o telefone (por iniciativa pessoal) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Digitar os números do telefone da pessoa que quer contactar (Filhos, Netos, Amigos, Resolução de um assunto,...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Qual a sua capacidade para | | | | | Actividades de Vida Complexas (AVIComp) | Com que frequência necessidade de ajuda | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Nula/ Nenhuma | 2 Baixa | 3 Média | 4 Elevada | 5 Total | | 1 Nunca ou Raramente | 2 Algumas Vezes | 3 Muitas Vezes | 4 Quase Sempre | 5 Sempre |
| Conduzir | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Para conduzir o seu carro, tractor, outro.... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pratica Desportiva | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Para praticar actividade física – Qual? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cantar e Tocar instrumento Musical | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Tocar Instrumento Musical - Qual? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Viajar/Passar | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Viajar / Passar e visitar a família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Comunicar | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Conversar com as pessoas que se encontram junto de si | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Conversar com as pessoas da sua comunidade | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Draft



DOMÍNIO PSICOLÓGICO

Cognitivo-Motor

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sou capaz de me manter atento(a) a ver televisão
- Compreendo o que leio (jornal, documentos...)
- Compreendo as coisas que se passam na minha vida
- Sou capaz de escrever como escrevia
- Sou capaz de fazer a caligrafia que fazia

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Percepção do Estado de Saúde

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Ainda tenho Saúde para viver os anos que me restam
- Ainda tenho saúde para fazer as coisas que fazia anteriormente
- Ainda tenho saúde para gerir as tarefas e obrigações do dia-a-dia
- Ter saúde é das coisas mais importantes para eu recuperar do AVC
- Ainda posso viver sozinha na minha própria casa
- Consigo controlar a minha ansiedade
- Sinto-me alegre apesar das limitações que tenho
- Sinto auto-confiança apesar das limitações que tenho
- Gostava de manter a minha energia física para desempenhar as actividades necessárias do dia-a-dia
- Gostava de manter minha energia psicológica para desempenhar as actividades necessárias do dia-a-dia
- Pretendo cumprir com as actividades do programa de reabilitação que me foi proposto

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Percepção do Estado de Saúde(continuação)

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Agora sinto que estou a melhorar a minha situação de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me feliz por ter esperança de conseguir andar pelos próprios meios ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto ter possibilidades na recuperação da minha situação de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sei que os amigos me apoiam mesmo estando doente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Mantive sempre a boa disposição durante o processo de reabilitação ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que tenho suficiente auto-estima ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me desanimado(a) comigo próprio(a) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me sem Esperança quanto ao futuro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me aborrecido(a) comigo próprio(a), por não conseguir fazer as coisas que fazia anteriormente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto uma infelicidade quanto à minha situação actual de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me insatisfeito(a) com a minha condição de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto falta de confiança quanto à minha recuperação ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por não ser capaz de executar as actividades que fazia anteriormente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste pela idade que tenho ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que a minha vida é triste ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me abatido(a) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto pena de mim própria se não conseguir andar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste quando me comparo com os outros que andam ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por não ser capaz de realizar as actividades de que era responsável ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me melhor em casa mas vivo triste ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por estar dependente dos outros ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por estar a dar trabalho à família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por a minha vida se ter transformado e não ser capaz de fazer as coisas que fazia anteriormente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por ser um peso para a minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por não poder ajudar os outros ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por querer mexer-me e não poder ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Draft



Percepção do Estado de Saúde(continuação)

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto-me triste por deixar de realizar os projectos que tinha para a minha vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que não sou velho mas estou destroçado(a) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não me convenço que vou ficar bom(a) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Confio pouco nas minhas capacidades ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto medo de ficar como estou ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que os outros me vêem de maneira diferente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que o mundo não presta, tem mais coisas más do que coisas boas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me culpado(a) pela situação actual ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto falta de pessoas significativas para me ajudarem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Percepção do Bem-Estar

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Tinha projectos de vida que agora não posso concretizar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me uma Pessoa Válida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que tenho a minha vida a andar para trás ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por não ser capaz de assumir as responsabilidades das tarefas do dia-a-dia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto ser um peso para a Família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho cada vez mais preocupação com as minhas capacidades motoras ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que estou inutilizado(a) para toda a vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto falta de confiança no futuro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Andar é actualmente o meu maior desejo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



Percepção do Bem-Estar(continuação)

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto que a minha aparência física não se alterou ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não me considero uma pessoa velha / idosa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me Pessoa mesmo com as limitações que tenho ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não me considero diminuído psicologicamente pelas limitações que tenho ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto motivos de satisfação mesmo tendo as limitações que tenho ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Reconheço as minhas fraquezas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não estou sempre a pensar nas minhas fraquezas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me confiante no dia-a-dia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Considero-me uma pessoa com valor ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me igual, em relação aos outros ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que o meu corpo continua aquilo que era ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Continuo a ser, o/a mesmo Homem / Mulher ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não me sinto dependente dos outros ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que vou voltar a ser aquilo que era. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me bem comigo próprio /a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Prefiro estar sozinho/a do que estar acompanhado/a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto falta de interesse pelo que me rodeia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto medo quando penso no futuro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Fico agitado/a quando penso no futuro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



Percepção da Relação com os Outros

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Tenho esperança de poder assumir as responsabilidades das tarefas que desempenhava anteriormente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sempre aceitei bem todo o apoio que me deram as pessoas que me rodeiam ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Actualmente aceito bem todo o apoio que me dão as pessoas que me rodeiam ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- O relacionamento com os que me rodeiam depende do presente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Procuro estar com os amigos para me divertir ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que sou capaz de manter as responsabilidades da minha vida do dia-a-dia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que tenho pessoas que me admiram ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Apesar das dificuldades físicas, continuo a gostar de me relacionar com as pessoas conhecidas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que continuo a ser útil aos outros ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho vivido, na medida das minhas possibilidades ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Comparo-me com outros iguais no processo de reabilitação ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que sou mais estimado/a após o AVC ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sentido de Autonomia

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sou capaz de alcançar algumas coisas apesar da visão fraca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que já consigo adquirir o domínio de actividades do dia-a-dia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Posso tomar decisões por mim próprio ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto confiança para controlar a minha vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que faço novamente as actividades que desempenhava anteriormente no dia-a-dia com naturalidade ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Penso em recuperar o lado afectado para poder assumir as responsabilidades de realizar tarefas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Draft



Perpectivas futuras

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------|----------|----------------------------|----------|------------------------|
| Discordo Totalmente | Discordo | N/ concordo N/ discordo | Concordo | Concordo Totalmente |

- Sinto que continuarei a ser necessário(a) na vida dos membros da minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Preocupo-me em ver a família continuar bem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Penso ainda realizar os projectos que tinha para a minha vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho projectos para o futuro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Percepção de Mudança Pessoal

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------|----------|----------------------------|----------|------------------------|
| Discordo Totalmente | Discordo | N/ concordo N/ discordo | Concordo | Concordo Totalmente |

- A experiência de ser doente fez-me pensar mais em mim ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- A experiência de ser doente tem-me ajudado a perceber melhor a importância da saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Cresci do ponto de vista pessoal com a minha situação de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



DOMÍNIO ESPIRITUAL

Religiosidade

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Participar em actividades religiosas ajuda-me a dar sentido à minha vida © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho Fé © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Acredito no poder divino © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Peço diariamente apoio do poder divino © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho procurado o Amor/Protecção de Deus (Nº Senhor) © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho procurado em Deus força/apoio para resolver os meus problemas © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que Deus é meu amigo mas recebi pouco apoio © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Penso que Deus é que é responsável pela minha situação de saúde © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Penso que Deus pode ajudar na cura da minha situação de saúde © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Questiono a falta de apoio de Deus na minha situação © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Deus é meu amigo, sinto o seu amor © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Encontro satisfação ao pensar em Deus © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Peço a Deus que me liberte dos meus pensamentos negativos © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Procuro a Misericórdia de Deus © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Procuro em Deus conforto para a minha situação de saúde © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Ter confiança em Deus faz-me sentir bem © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Ter Fé em Deus faz-me ter esperança na recuperação © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Esforço-me para viver a minha vida de acordo com as minhas crenças religiosas © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Peço a Deus que tenha compaixão de mim © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Draft



Positividade do Sentido de Vida

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto-me satisfeito/a com a vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Acredito que existe uma força espiritual superior ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Acredito no meu destino ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Consigo dar sentido á minha vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Participar em actividades espirituais ajuda-me a dar sentido à minha vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tentei ultrapassar as dificuldades com o que mais me identificava espiritualmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Vivo o meu dia-a-dia sem pensar no passado ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Vivo o meu dia-a-dia sem pensar no futuro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que vale a pena viver um dia de cada vez ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- A minha vida foi útil ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Consciência de si enquanto Ser finito - Finitude

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Tenho pedido várias vezes para me porem fim à vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho pedido várias vezes para morrer ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Penso muitas vezes que seria melhor morrer ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Antes queria morrer ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que precisava de ser estimado(a) agora na velhice ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Penso muitas vezes em pôr fim à vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Peço muitas vezes a Deus que me dê a Morte ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Considero que a situação em que me encontro não é viver ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Gostava de morrer em minha casa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



DOMÍNIO SOCIAL

Status / Papéis

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Ainda me sinto uma pessoa produtiva, no dia-a-dia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- A minha família ainda me deixa fazer algumas actividades ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Voltarei a ter, como tinha, a responsabilidade de tomar conta da casa, do lar e dos netos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Voltarei a ter, como tinha, a responsabilidade de trabalhar para o sustento da minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Voltarei a sentir-me útil por ser capaz de trabalhar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Continuo a ser capaz de realizar as actividades profissionais que realizava anteriormente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Continuo a ser capaz de fazer as tarefas e as obrigações do dia-a-dia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me incapaz de realizar as actividades profissionais sozinho(a) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto pouco Interesse nas actividades que desempenho no dia-a-dia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho dificuldade em fazer as coisas próprias da minha idade ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me inútil por não poder trabalhar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



Relações de Proximidade

Percepção do Relacionamento Familiar

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto que já não poderei ser útil á minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não consegui melhorar o meu ânimo, mesmo com a presença da família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que a família já não gosta de mim ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que não se mantém a relação que eu tinha com a minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que não sou capaz de assumir as responsabilidades que tinha anteriormente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que a minha família não acredita na minha recuperação ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me só mesmo quando estou na presença de outras pessoas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que a minha família também sofre com a minha situação de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Penso que a minha família está aborrecida pelo que me aconteceu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Custa-me ver a minha família desanimada pela minha situação de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me dependente da família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Resolvi uma situação de conflito com um familiar depois de ficar doente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por não poder ajudar a minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto pena da minha família pelo que me aconteceu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que não posso estar em casa com a minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Draft



Relações de Proximidade

Percepção do Relacionamento da Rede Social

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto-me desanimado(a) mesmo com a presença dos amigos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que os amigos não gostam de mim, devido às limitações que apresento ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Considero que já não tenho amigos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Os meus amigos já não aparecem, devido à minha condição de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não gosto de aparecer assim aos meus amigos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que os meus amigos não acreditam na minha recuperação ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Os amigos não me visitam por estar longe da minha residência ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Há pessoas que me dizem coisas que me magoam ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que algumas pessoas se esqueceram de mim ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto pena dos meus amigos pelo que me aconteceu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não sinto satisfação nos relacionamentos com pessoas que estão à minha volta ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que os meus amigos têm pena de mim pelo que me aconteceu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que não se mantém a relação que eu tinha com os meus amigos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que todos têm pena de mim ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que as pessoas que me rodeiam esqueceram-se de mim ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Relações de Proximidade

Percepção do Relacionamento com os Serviços de Cuidados

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Tenho tido acesso aos cuidados de saúde necessários ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Confio nos cuidados de saúde prestados ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho procurado assistência para satisfazer o tratamento prescrito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que tenho a assistência necessária quanto à minha situação de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Draft



Relações de Proximidade

Percepção do Relacionamento com os Serviços de Cuidados (continuação)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|----------|----------------------------|----------|---------------------|
| Discordo Totalmente | Discordo | N/ concordo N/ discordo | Concordo | Concordo Totalmente |

- Tento ser cooperante na resolução de problemas com os profissionais de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Preocupo-me em obedecer às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me dependente de toda a gente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que os profissionais / cuidadores que me rodeiam nunca se esqueceram de mim ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que com a ajuda dos profissionais consigo recuperar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Situação sócio-económica

16 - Profissão ☐ Sem ocupação ☐ Ocupação remunerada ☐ Ocupação não remunerada ☐ Aposentado/a

17 - Nível de Escolaridade

- ☐ Analfabeto ☐ De 10 a 12 anos
- ☐ Sabe ler e escrever sem instrução ☐ Médio
- ☐ De 1 a 4 anos ☐ Superior
- ☐ De 5 a 9 anos

18 - Rendimentos individuais provêm ?

- ☐ Salário ☐ Reforma ☐ Ajuda de Familiares ☐ Outros
- ☐ Não possui qualquer rendimento fixo
- ☐ Até aos 300€
- ☐ De 300€ a 500€
- ☐ De 500€ a 1000€
- ☐ De 1000€ a 1500€
- ☐ Mais de 1500€

19 - Os rendimentos económicos são suficientes para:

- Despesas correntes(alimentação, manutenção da casa, outras) ☐ Sim ☐ Não
- Despesas de saúde ☐ Sim ☐ Não
- Despesas com outros (conjuge, filhos e outros) ☐ Sim ☐ Não
- Encargo com instituição de acolhimento ☐ Sim ☐ Não

20 - Nível Sócio Económico

- ☐ Elevado ☐ Médio ☐ Baixo

Draft



ANEXO A

(MINI MENTAL STATE EXAMINATION - MMSE - adaptado de MANUELA, G. e colabs, 1994)

STATUS COGNITIVO - ORIENTAÇÃO - (10), RETENÇÃO - (3), ATENÇÃO E CÁLCULO - (5),
EVOCAÇÃO - (3), LINGUAGEM - (8), HABILIDADE CONSTRUTIVA - (1) - TOTAL 30

| 1.Orientação (1) ponto por cada resposta correcta, ou (0) se incorrecta. | | |
|--|---|---|
| < Em que ano estamos? | 0 | 1 |
| < Em que mês estamos? | 0 | 1 |
| < Em que dia do mês estamos? | 0 | 1 |
| < Em que dia da semana estamos? | 0 | 1 |
| < Em que estação do ano estamos? | 0 | 1 |
| < Em que país estamos? | 0 | 1 |
| < Em que distrito vive? | 0 | 1 |
| < Em que terra vive? | 0 | 1 |
| < Em que casa estamos? | 0 | 1 |
| < Em que andar estamos? | 0 | 1 |

Total Orientação -

| 2.Retenção (1) ponto por cada palavra correctamente repetida, ou (0) se incorrecta. | | |
|--|---|---|
| "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabê-las de cor". | | |
| < Pêra | 0 | 1 |
| < Gato | 0 | 1 |
| < Bola | 0 | 1 |

Total Retenção -

3.Atenção e Cálculo (1) ponto por cada resposta correcta. Se errar uma, mas continuar a subtrair, considerem-se as seguintes, como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.

Subtrair 3 de 30, depois ao número encontrado, volta a subtrair 3
27__24__21__18__15__

Total Atenção e Cálculo -

4.Evocação (1) ponto por cada palavra correctamente repetida, ou (0) se incorrecta.

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar"

| | | |
|--------|---|---|
| < Pêra | 0 | 1 |
| < Gato | 0 | 1 |
| < Bola | 0 | 1 |

Total Evocação -

| 5.Linguagem (1) ponto por cada resposta correcta, ou (0) se incorrecta. | | |
|--|---|---|
| A) "Como se chama isto?" Mostrar os objectos: | | |
| < Relógio | 0 | 1 |
| < Lápis | 0 | 1 |
| B) Repita a frase que eu vou dizer: "O RATO ROEU A ROLHA" | | |
| | 0 | 1 |
| C) Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos. | | |
| < Pega com a mão direita | 0 | 1 |
| < Dobra ao meio | 0 | 1 |
| < Coloca onde deve | 0 | 1 |
| D) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz. Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto ler-se a frase. | | |
| < Fechou os olhos | 0 | 1 |
| E) Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. | | |
| | 0 | 1 |

Total Linguagem -

Draft



6.Habilidade Construtiva (1) ponto pela cópia correcta)

Total

0

1

☐

☐

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

DESENHO

CÓPIA

Total -

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|



ANEXO B
(Adaptado de MAHONEY, F. e BARTHEL, D., 1965)

| Atividades / Itens | Pontuação |
|---|---|
| Alimentar-se 0 - Não Consegue (Incapaz) 5 - Alimentação (necessita de ajuda para cortar os alimentos) 10 – Independente (a comida é providenciada) | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| Transferências (cadeira / cama e vice-versa) 0 - Não Consegue (Incapaz) 5 – Necessita de ajuda para se mudar (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se 10– Pequena ajuda (verbal ou física) 15 - Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas) | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| Higiene pessoal 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos) | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| Ir à casa de banho (uso de sanitário) 0 = Não Consegue (Incapaz) 5 = Necessita de ajuda em termos de equilíbrio para realizar algumas actividades (Lidar com as roupas ou usar o papel higiénico) 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda) | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| Tomar banho 0 = Não Consegue (Incapaz) 5 = Independente (lava-se no chuveiro! banho de emersão! usa a esponja por todo o corpo sem ajuda) | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| Mobilidade (deambulação) 0 = Não Consegue (Incapaz) 5 = Independente na cadeira de rodas (Contorna os cantos, vira,empurra) 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar,(bengala,andarilho,)) | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| Subir e descer escadas 0 = Não Consegue (Incapaz) 5 = Necessita de ajuda ou supervisão (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.; muletas ou bengala) | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| Vestir-se e despir-se 0 = Não Consegue (Incapaz) 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores) | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| Controlo do Intestino 0 =Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados supositórios e clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 =Independente(não apresenta episódios de incontinência) | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| Controlo da Bexiga 0 = Incontinente ou algaliado 5= Episódios ocasionais de incontinência (necessita de ajuda) 10 =Independente (não apresenta episódios de incontinência) | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |

Total (0 - 100)-



ANEXO C

(LAWTON, M. P. e BRODY, E. M. 1969) adaptado de FREITAS, E, MIRANDA, R. e NERY, M. (2002)

| 1 Não consegue | 2 Com ajuda parcial | 3 Sem ajuda |
|----------------------|------------------------------|----------------|
|----------------------|------------------------------|----------------|

- O/A Sr./Sr.^a consegue usar o telefone?..... ☐ ☐ ☐
- O/A Sr./Sr.^a consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem
necessidade de planeamentos especiais?..... ☐ ☐ ☐
- O/A Sr./Sr.^a consegue fazer compras?..... ☐ ☐ ☐
- O/A Sr./Sr.^a consegue preparar as suas refeições?..... ☐ ☐ ☐
- **Mulher** - A Sr.^a consegue arrumar a casa?..... ☐ ☐ ☐
- **Homem** - O Sr. consegue subir e descer escadas?..... ☐ ☐ ☐
- O/A Sr./Sr.^a consegue fazer trabalhos manuais domésticos (Ex: pequenas
reparações, ...)?..... ☐ ☐ ☐
- **Mulher** - A Sr.^a consegue lavar e passar a sua roupa?..... ☐ ☐ ☐
- **Homem** - O Sr. consegue realizar actividades agrícolas (Ex: tratar da horta,
cuidar do jardim...)?..... ☐ ☐ ☐
- O/A Sr./Sr.^a consegue tomar a sua medicação na dose certa e horário correcto? ☐ ☐ ☐
- O/A Sr./Sr.^a consegue cuidar das suas finanças?..... ☐ ☐ ☐



ANEXO D

TINETTI, M. (1986) adaptado de FREITAS, E, MIRANDA, R. e NERY, M. (2002).

| Equilíbrio | | |
|---|---|---|
| A Pessoa deve estar sentada numa cadeira sem braços - Teste | | |
| Equilíbrio Sentado | Escorrega | 0 |
| | Equilibrado | 1 |
| Levantar | Incapaz | 0 |
| | Usa os Membros Superiores | 1 |
| | Sem Apoio | 2 |
| Tentativas de levantar | Incapaz | 0 |
| | Mais de uma Tentativa | 1 |
| | Única Tentativa | 2 |
| Após levantar (primeiros 5 seg.) | Desequilibrado | 0 |
| | Estável, mas usa suporte | 1 |
| | Estável sem suporte | 2 |
| Equilíbrio em Pé | Desequilibrado | 0 |
| | Suporte ou base de sustentação > 12 cm | 1 |
| | Sem Suporte e Base Estreita | 2 |
| Teste dos Três Tempos (Pessoa de Pés juntos, Examinador empurra levemente o esterno da Mesma) | Começa a cair | 0 |
| | Agarra ou Balança (Braços) | 1 |
| | Equilibrado | 2 |
| Olhos Fechados (Mesma posição do item anterior) | Desequilibrado / Instável | 0 |
| | Equilibrado | 1 |
| Rodar 360° | Passos descontínuos | 0 |
| | Passos contínuos | 1 |
| | Instável (Desequilíbrios) | 0 |
| | Estável (Equilibrado) | 1 |
| Sentar | Inseguro (Erra a distância, cai na cadeira) | 0 |
| | Usa os Membros Superiores/Movimento Abrupto | 1 |
| | Seguro, Movimento suave | 2 |

Total de Equilíbrio - 16

| Marcha | | |
|--|---|---|
| A pessoa de pé caminha pelo corredor ou pela sala em passo normal, depois volta com passos rápidos, mas com segurança (usando auxiliar de marcha habitual) | | |
| Início da Marcha | Hesitação ou várias tentativas para iniciar | 0 |
| | Sem hesitação | 1 |
| Comprimento e Altura dos Passos | A) Pé Direito | |
| | Não Ultrapassa o pé Esquerdo | 0 |
| | Ultrapassa o Pé Esquerdo | 1 |
| | Não sai completamente do chão | 0 |
| | Sai Completamente do Chão | 1 |
| | B) Pé Esquerdo | |
| | Não ultrapassa o Pé Direito | 0 |
| | Ultrapassa o Pé Direito | 1 |
| Simetria dos Passos | Não sai completamente do chão | 0 |
| | Sai completamente do chão | 1 |
| Simetria dos Passos | Passos diferentes | 0 |
| | Passos semelhantes | 1 |
| Continuidade dos Passos | Paradas ou Passos Descontínuos | 0 |
| | Passos contínuos | 1 |
| Direcção | Desvio Nítido | 0 |
| | Desvio leve ou moderado ou uso de apoio | 1 |
| | Linha recta sem apoio (Auxiliar de Marcha habitual) | 2 |
| Tronco | Balanço grave ou uso de apoio | 0 |
| | Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços enquanto deambula (Anda) | 1 |
| | Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio | 2 |
| Distância dos tornozelos | Tornozelos separados | 0 |
| | Tornozelos quase se tocam enquanto deambula (Anda) | 1 |

Total da Marcha - 12

Pontuação Total - 28

Draft



ANEXO E
ÍNDICE DE MOBILIDADE RIVERMEAD, adaptado de COLLEN, F.M et al., (1991).

| Nº | Parâmetros | Questões | Score |
|----|--|---|--------------------------|
| 1 | Virar-se na cama | Quando está deitado em decúbito dorsal consegue virar-se para o lado sem ajuda? | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Sentar-se após deitado | Quando está deitado em decúbito dorsal consegue sentar-se na beira da cama sem ajuda? | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Equilíbrio sentado | Consegue sentar-se na beira da cama durante 10 segundos, sem se apoiar? | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Levantar-se quando sentado | Consegue levantar-se (de uma cadeira) em menos de 15 segundos e ficar de pé durante 15 segundos(utilizando as mãos e com apoio, se necessário)? | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Permanecer de pé sem apoio | Fica de pé durante 10 segundos sem qualquer ajuda ou apoio? | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Transferências | Consegue mover-se da cama para a cadeira, e da cadeira para a cama sem ajuda? | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Andar dentro de casa, com apoio, se necessário | Consegue andar 10 metros, com apoio (mobiliário...), se necessário mas sem ajuda de ninguém? | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Escadas | Consegue subir/descer um lance de escadas sem ajuda? | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Andar no exterior (em piso regular) | Consegue andar no exterior, sem ajuda? | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Andar dentro de casa, sem apoio | Consegue andar 10 metros dentro de casa sem auxiliares de marcha, e sem apoio de ninguém? | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Apanhar objectos do chão | Se deixar cair alguma coisa no chão, consegue andar 5 metros, apanhá-la e voltar para trás? | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Andar no exterior (em piso irregular) | Consegue andar em piso irregular (relva, areia/cascalho, neve, gelo, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Tomar Banho | Consegue entrar e sair da banheira ou do chuveiro e tomar banho sozinho, sem supervisão? | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Subir e descer quatro degraus | Consegue subir e descer quatro degraus sem corrimão e sem ajuda, usando um apoio, se necessário? | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Correr | Consegue correr 10 metros sem coxear em quatro segundos (aceitável andar depressa) | <input type="checkbox"/> |

Total - 15 ☐ ☐



ANEXO F
SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY - SPPB - adaptado de GURALNIK, et al.,(1995)

| Equilíbrio Estático - 3 Posições dos Pés | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1º Teste- 0 - Não consegue realizar; 1 - > ou = 10 seg | | | | | |
| Em paralelo | 0 | 1 | | | |
| 2º Teste- 0 - Não consegue realizar; 1 - > ou = 10 seg | | | | | |
| Hálux encostado na borda medial do calcanhar | 0 | 1 | | | |
| 3ª Teste - 0 - Não consegue realizar (< 3 seg); 1 - Entre 3 e 9,99 seg; 2 - > ou = 10 seg | | | | | |
| Hálux encostado na borda Posterior do calcanhar | 0 | 1 | 2 | | |
| Total Equilíbrio - 4 | | | | | |
| Marcha | | | | | |
| 0 – Incapaz ; 1 - > ou = 5,7 seg; 2 - Entre 4,1 e 5,6 seg ; 3 - Entre 3,2 e 4 seg ; 4 - < ou = 3,1 seg | | | | | |
| Percorrer um corredor de 2,4 metros (Ida e Volta) repetindo duas vezes o percurso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Total Marcha - 4 | | | | | |
| Força Muscular | | | | | |
| 0 – Incapaz ; 1 - > ou = 16,7 seg ; 2 - Entre 13,7 e 16,6 seg ; 3 - Entre 11,2 e 13,6 seg ; 4 - < ou = 11,1 seg | | | | | |
| Tempo que a Pessoa levou para se levantar de uma cadeira com os membros superiores cruzados sobre o peito (repetir teste cinco vezes consecutivas) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Total Força Muscular - 4 | | | | | |
| Total - 0 a 12 pontos 0 a 3 pontos – Incapaz ou desempenho Muito Ruim; 4 a 6 – Baixo Desempenho; 7 a 9 – Moderado Desempenho; 10 a 12 – Bom desempenho | | | | | |
| Total - 12 | | | | | |



ANEXO G

Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS 21 - adaptado de APÓSTOLO, J., MENDES e AZEREDO (2006)

Preencha o círculo ● que indica quanto cada afirmação se aplica a si durante os últimos dias. Não há respostas correctas ou incorrectas. Por cada pergunta preencha um e um só círculo.

A escala de classificação é a seguinte:

| | |
|---|---|
| 0 | Não se aplicou a mim. |
| 1 | Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo. |
| 2 | Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo. |
| 3 | Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo. |

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Tive dificuldade em me acalmar/ descomprimir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Dei-me conta que tinha a boca seca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Senti-me muito nervoso (a)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas).... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Senti que estava agitado (a)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Senti dificuldades em relaxar..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Senti-me triste e deprimido (a)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Estive perto de entrar em pânico..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Não me consegui entusiasmar com nada..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Senti que não valia muito como pessoa..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Senti que andava muito irritável..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (Ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Tive medo sem uma boa razão para isso..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Senti que a vida não tinha nenhum sentido..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Draft



ANEXO H

ESCALA GERIATRIA DE DEPRESSÃO (GDS-15- adaptado de JOÃO APÓSTOLO (2011), a partir da versão Original de SHEIKH e YESAVAGE (1986)

Estado de espirito durante a última semana:

| Nº | Questões | Sim | Não |
|----|--|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Está satisfeito com a sua vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | Abandonou muitas actividades do seu interesse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | Sente que a sua vida está vazia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | Sente-se aborrecido/a com frequência? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | Está, geralmente, de bom humor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | Tem medo que alguma coisa de mau lhe possa acontecer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | Sente-se feliz a maior parte do tempo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | Sente-se frequentemente desamparado? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | Prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 | Sente que tem mais problemas de memória do que antes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 | Pensa que é maravilhoso estar vivo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | Sente-se inútil? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | Sente-se cheio de energia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | Sente-se sem esperança? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | Acha que a maioria das pessoas está melhor que você? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



ANEXO I
SATISFACTION WITH LIFE SCALE - SWLS - adaptado de SIMÕES (1992).

Em baixo encontram-se cinco afirmações e preencha o círculo ●. Por cada pergunta preencha um e um só círculo que indica o quanto a resposta obtida se aplica ao participante. Não existem respostas certas ou erradas.

Satisfação com a Vida (SWLS)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|-------------------|
| Discordo Muito | Discordo um pouco | N/ concordo N/ discordo | Concordo um pouco | Concordo Muito |

- A minha vida parece-se em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- As minhas condições de vida são muito boas. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Estou satisfeito com a minha vida. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



ANEXO J

SOCIAL SUPPORT QUESTIONNAIRE - (SSQ - 6) (SARASON, I., SARASON, B. SHEARIN, E. e PIERCE, G. 1987; adaptado da Versão Portuguesa de PINHEIRO, M. R. e FERREIRA, J.A. 2000)

As questões que se seguem são acerca das pessoas que no seu meio lhe disponibilizam ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes. Na primeira parte, **indique**, não contando consigo, **todas as pessoas que conhece, com quem pode contar para o ajudar ou apoiar** nas situações que lhe são apresentadas. Para tal, em frente de cada número coloque as iniciais dos nomes dessas pessoas e escreva o tipo de relacionamentos que têm consigo. A cada número deve corresponder apenas uma só pessoa.

Na segunda parte, indique, preenchendo com um círculo de 1 a 6 que melhor traduz **o seu grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda** que tem.

Se em relação a uma determinada questão não tem elementos de ajuda ou apoio para referir, coloque uma cruz na expressão "Ninguém", mas seleccione sempre o seu nível de satisfação. Para cada questão **o número máximo de pessoas a indicar é nove**.

Exemplo:

- Com quem é que pode realmente contar para o fazer sentir-se melhor quando está desiludido com alguma coisa?

Ninguém

- 1 – Cônjuge
- 2 – Filho
- 3 – Filha
- 4 – Irmão
- 5 – Irmã

- 6 – Outro elemento da família
- 7 – Amigo
- 8 – Vizinho
- 9 – Profissional /Cuidador

(Este exemplo foi alterado da versão original com autorização dos autores)

- Qual o seu grau de satisfação?

1 – Muito satisfeito 2- Insatisfeito 3 – Algo Insatisfeito 4 – Pouco satisfeito 5 – Satisfeito 6 – Muito satisfeito

1 - Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Cônjuge | <input type="radio"/> Outro elem. da família |
| <input type="radio"/> Filho | <input type="radio"/> Amigo |
| <input type="radio"/> Filha | <input type="radio"/> Vizinho |
| <input type="radio"/> Irmão | <input type="radio"/> Profiss/Cuidador |
| <input type="radio"/> Irmã | <input type="radio"/> Ninguém |

Qual o seu grau de satisfação ?

☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo insatisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito

2 - Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se mais relaxado/a quando está tenso/a ou sob pressão?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Cônjuge | <input type="radio"/> Outro elem. da família |
| <input type="radio"/> Filho | <input type="radio"/> Amigo |
| <input type="radio"/> Filha | <input type="radio"/> Vizinho |
| <input type="radio"/> Irmão | <input type="radio"/> Profiss/Cuidador |
| <input type="radio"/> Irmã | <input type="radio"/> Ninguém |

Qual o seu grau de satisfação ?

☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo insatisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito

Draft



3 - Quem é que o/a aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Cônjuge | <input type="radio"/> Outro elem. da família |
| <input type="radio"/> Filho | <input type="radio"/> Amigo |
| <input type="radio"/> Filha | <input type="radio"/> Vizinho |
| <input type="radio"/> Irmão | <input type="radio"/> Profiss/Cuidador |
| <input type="radio"/> Irmã | <input type="radio"/> Ninguém |

Qual o seu grau de satisfação ?

- ☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo insatisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito

4 - Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do lhe possa estar a acontecer a si?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Cônjuge | <input type="radio"/> Outro elem. da família |
| <input type="radio"/> Filho | <input type="radio"/> Amigo |
| <input type="radio"/> Filha | <input type="radio"/> Vizinho |
| <input type="radio"/> Irmão | <input type="radio"/> Profiss/Cuidador |
| <input type="radio"/> Irmã | <input type="radio"/> Ninguém |

Qual o seu grau de satisfação ?

- ☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo insatisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito

5 - Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Cônjuge | <input type="radio"/> Outro elem. da família |
| <input type="radio"/> Filho | <input type="radio"/> Amigo |
| <input type="radio"/> Filha | <input type="radio"/> Vizinho |
| <input type="radio"/> Irmão | <input type="radio"/> Profiss/Cuidador |
| <input type="radio"/> Irmã | <input type="radio"/> Ninguém |

Qual o seu grau de satisfação ?

- ☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo insatisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito

6 - Com quem é que pode realmente contar para o/a consolar quando você está muito preocupado/a?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Cônjuge | <input type="radio"/> Outro elem. da família |
| <input type="radio"/> Filho | <input type="radio"/> Amigo |
| <input type="radio"/> Filha | <input type="radio"/> Vizinho |
| <input type="radio"/> Irmão | <input type="radio"/> Profiss/Cuidador |
| <input type="radio"/> Irmã | <input type="radio"/> Ninguém |

Qual o seu grau de satisfação ?

- ☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo insatisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito



ANEXO II
INSTRUMENTO VALIDADO PARA RECOLHA DE INFORMAÇÃO - PAMPI-AVC

ACTIVIDADE MOTORA DA PESSOA IDOSA APÓS AVC
Questionário Sócio-Económico e Demográfico

1 - Idade anos

2- Sexo ☐ F ☐ M

3 - Estado Conjugal

☐ Casado(a) / União de facto ☐ Solteiro/a ☐ Separado(a) / Divorciado (a) ☐ Viúvo/a

4 - Religião ☐ Católica ☐ Protestante ☐ Judaica ☐ Muçulmana ☐ Nenhuma ☐ Outra _____

5 - Condições habitacionais antes do episódio do AVC ?

☐ Óptimas ☐ Boas ☐ Razoáveis ☐ Más ☐ Péssimas

5 a) Tipo de habitação:

Apartamento com elevador: ☐ Sim
☐ Não

Moradia própria: ☐ Sim
☐ Não

6 - Antes do episódio do AVC, morava com ?

☐ Conjuge ☐ Filhos ☐ Outros elementos da família ☐ Sozinho ☐ Outros

N.º de membros do agregado familiar pessoas.

Relação Familiar ?

☐ Harmoniosa
☐ Conflitos pontuais / esporádicos
☐ Conflitos frequentes / permanentes

7- Tipo de ajuda (em caso de necessidade)

☐ Pessoa significativa ou familiar ☐ Institucional

Aspectos Biológicos e de Saúde

8 - Tipo de AVC

☐ Isquémico _____ ☐ Hemorrágico _____ ☐ Não sabe

9 - Tempo decorrido após AVC meses.

10 - Local de Permanência após o AVC.

☐ Domicílio
☐ Institucionalizado ☐ Lar
☐ RNCCI

11 - Tipologia da Unidade de Internamento - RNCCI.

☐ 30 Dias - Convalescença
☐ 30 a 90 Dias - Média Duração
☐ >90 Dias - Longa Duração

12 - Medidas Antropométricas

Peso Kg

Altura Cm

IMC Kg/m²

- ☐ Baixo Peso < ou = 22 Kg/m²
- ☐ Eutrofia -- De 22 - 27 Kg/m²
- ☐ Sobrepeso -- > ou = 27 Kg/m²

13 - Toma Medicamentos

☐ De 1 a 2

☐ De 3 a 4

☐ >a 5

Quais:

☐ Antipsicótico

☐ Ansiolítico

☐ Antidepressivo

☐ Não sabe

☐ Hipnótico

☐ Diurético

☐ Outros

14- História prévia de depressão ou outras situações de saúde mental?

☐ Sim ☐ Não

15 - Actualmente como percebe o seu estado de saúde.

☐ Muito Bom

☐ Bom

☐ Razoável

☐ Mau

☐ Muito Mau



DIMENSÃO FÍSICO-FUNCIONAL

DOR

(Antes)

Localizada - Local _____

Generalizada

☐ Sim

☐ Não

(Atualmente)

Localizada - Local _____

Generalizada

☐ Sim

☐ Não

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

VISÃO

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|----------|-------------------------|----------|---------------------|
| Discordo Totalmente | Discordo | N/ concordo N/ discordo | Concordo | Concordo Totalmente |

- Antes era capaz de ler ou ver o que estava escrito (Jornal, legendas na televisão...)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Não sou capaz de ler ou ver o que está escrito (Jornal, legendas na televisão...)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Antes era capaz de ver coisas que estavam ao meu lado

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Não sou capaz de ver coisas que estão ao meu lado

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Não sinto que fiquei com limitações de visão

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

AVALIAÇÃO DA APTIDÃO MUSCULAR (Força muscular e amplitude do movimento articular)

| Membros Superiores | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----|------------------|-----|--------------|-----------------|-----------------|------------------|-----|------------------|-----|--|
| Dt ^a | | Esq ^a | | Movimento | Local | Movimento | Dt ^a | | Esq ^a | | |
| FM | ADM | FM | ADM | | | | FM | ADM | FM | ADM | |
| | | | | Flexão | Escápulo-Umeral | Punho | Flexão | | | | |
| | | | | Extensão | | | Extensão | | | | |
| | | | | Abdução | | | Des Cubital | | | | |
| | | | | Adução | | | Des Radial | | | | |
| | | | | Rot. Interna | | | | | | | |
| | | | | Rot. Externa | | | | | | | |
| | | | | Flexão | Cotovelo | Preensão Palmar | Médias 3 medidas | | | | |
| | | | | Extensão | | | | | | | |
| | | | | Supinação | | | | | | | |
| | | | | Pronação | Antebraço | | | | | | |
| Membros Inferiores | | | | | | | | | | | |
| Dt ^a | | Esq ^a | | Movimento | Local | Movimento | Dt ^a | | Esq ^a | | |
| FM | ADM | FM | ADM | | | | FM | ADM | FM | ADM | |
| | | | | Abdução | Coxo-Femural | Tibio-Társica | Flexão Plantar | | | | |
| | | | | Adução | | | Dorsiflexão | | | | |
| | | | | Flexão | | | Inversão | | | | |
| | | | | Extensão | | | Eversão | | | | |
| | | | | Rot. Interna | | | | | | | |
| | | | | Rot. Externa | | | | | | | |
| | | | | Flexão | Joelho | | | | | | |
| | | | | Extensão | | | | | | | |

Draft



DIMENSÃO FÍSICO-FUNCIONAL

ACTIVIDADE PSICOMOTORA

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto-me desorientado(a), desde que estou internado(a)
(Hospital, Unidade,...) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tive dificuldade em controlar o meu corpo quando fui
para o hospital ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me inquieto(a) quando estou junto de outras pessoas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Fico perturbado(a) com muita gente a falar à minha volta ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

| Qual a sua capacidade para | | | | | Actividades Essenciais à Vida (AEVI) | Com que frequência necessidade de ajuda | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Nula/ Nenhuma | 2 Baixa | 3 Média | 4 Elevada | 5 Total | | 1 Nunca ou Raramente | 2 Algumas Veze | 3 Muitas Veze | 4 Quase Sempre | 5 Sempre |
| Higiene Corporal | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Entrar e sair da banheira / duche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Preparar objectos necessários ao banho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Lavar e secar o corpo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cuidar da sua apresentação (Pentear-se, fazer a barba, Escovar os dentes, cortar e limpar as unhas) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vestuário (Vestir e despir) | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Escolher e ir buscar a roupa (Gavetas e armários) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Vestir-se (Abotoar e apertar os fechos, Calçar Meias, Sapatos e/ou Chinelos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Despir-se (Retirar as roupas - Desabotoar e desapertando os fechos, tirar meias e calçado) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eliminação Vesical | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Coordenar e controlar a micção | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Manusear a roupa antes e após o acto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Limpar-se após o acto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eliminação Intestinal | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Coordenar e controlar a defecação | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Manusear a roupa antes e após o acto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Limpar-se após o acto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Comer | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Comer (Gestos necessários para ingerir os alimentos - cortar os alimentos, levá-los à boca, mastigá-los e degluti-los) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beber | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Beber (Gestos necessários para Beber por uma chávena ou copo, levando-os à boca e beber) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Draft



| Qual a sua capacidade para | | | | | Actividades Essenciais à Vida (AEVI) | Com que frequência necessidade de ajuda | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Nula/ Nenhuma | 2 Baixa | 3 Média | 4 Elevada | 5 Total | | 1 Nunca ou Raramente | 2 Algumas Vezes | 3 Muitas Vezes | 4 Quase Sempre | 5 Sempre |
| Equilíbrio / Controle Postural | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Na posição deitado (Decúbito Dorsal) rodar para o lado afectado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Na posição deitado (Decúbito Dorsal) rodar para o lado não afectado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Da posição de deitado (Decúbito Dorsal) mover-se para a posição de sentado à beira da cama | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Da posição de sentado mover-se para a posição de deitado (Decúbito Dorsal) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Da posição de sentado mover-se para a posição de pé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Na posição de Pé curvar-se para apanhar um objecto no chão | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Permanecer de pé sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Da posição de pé mover-se para a posição de sentado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Transferências | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mover-se da cama para a cadeira e vice-versa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mover-se da cama para outra cama | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mover-se da cadeira para o sanitário e vice-versa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deambulação / Andar | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andar deslocando-se dentro de casa sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Subir e descer um lanço de escadas sem apoio (apenas apoio de corrimão ou auxiliar de marcha – muletas/bengala) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andar deslocando-se dentro de casa com auxiliar de marcha sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mover-se dentro de casa em cadeira de rodas sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andar deslocando-se fora de casa sobre superfícies irregulares (Pisos irregulares - Relva, cascalho/Gravilha, areia...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andar deslocando-se fora de casa com auxiliar de marcha sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mover-se fora de casa em cadeira de rodas sem apoio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Qual a sua capacidade para | | | | | Actividades de Vida Complementares (AVIC) | Com que frequência necessidade de ajuda | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Nula/ Nenhuma | 2 Baixa | 3 Média | 4 Elevada | 5 Total | | 1 Nunca ou Raramente | 2 Algumas Vezes | 3 Muitas Vezes | 4 Quase Sempre | 5 Sempre |
| Tarefas Domésticas | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Fazer as compras e adquirir os bens necessários para o seu dia-a-dia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Preparar os alimentos e servir refeições | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Fazer Tarefas Domésticas Leves (Limpar a cozinha e os utensílios...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Fazer Tarefas Domésticas Pesadas (Lavar e secar roupa, limpar a habitação) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Realizar actividades para manutenção na casa ou local de Habitação | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Utilizar ferramentas necessárias para as reparações na manutenção da habitação | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Realizar tarefas para obter alimentos da actividade agrícola (Cultivar produtos alimentares para consumo pessoal – Plantar, Regar, ...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Cuidar de animais domésticos e de estimação | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Transportes | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Utilizar transporte público sozinho/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Utilizar transporte público acompanhado/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Utilizar apenas transportes privados (Táxi, automóvel familiares, ...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Conduzir | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Para conduzir o seu carro, tractor, outro.... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pratica Desportiva | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Para praticar actividade física – Qual? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cantar e Tocar instrumento Musical | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Tocar Instrumento Musical - Qual? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | | | | | | | | |
| Qual a sua capacidade para | | | | | Actividades de Vida Complexas (AVIComp) | Com que frequência necessidade de ajuda | | | | |
| 1 Nula/ Nenhuma | 2 Baixa | 3 Média | 4 Elevada | 5 Total | | 1 Nunca ou Raramente | 2 Algumas Vezes | 3 Muitas Vezes | 4 Quase Sempre | 5 Sempre |
| Comunicar | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Conversar com as pessoas que se encontram junto de si | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Conversar com as pessoas da sua comunidade | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Responsabilidade - Medicação | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Cumprir a prescrição da medicação (medicamento, dose e horas correctas) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aspectos Económicos/Financeiros | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Lidar com dinheiro para fazer as compras do dia-a-dia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Gerir aspectos económicos (Manter conta bancária, fazer negócios, ...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Controlar os recursos económicos (garantir segurança económica face aos rendimentos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso do Telefone | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Utilizar com uma ou ambas as mãos o telefone (por iniciativa pessoal) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Digitar os números do telefone da pessoa que quer contactar (Filhos, Netos, Amigos, Resolução de um assunto,...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Recreação e Lazer | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Participar em actividades recreativas com as pessoas que se encontravam à sua volta (Passeios, Grupos de convívio, ...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ocupar o tempo livre com actividades recreativas e de lazer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

DOMÍNIO PSICOLÓGICO

Cognitivo-Motor

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sou capaz de me manter atento(a) a ver televisão

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Compreendo o que leio (jornal, documentos...)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sou capaz de escrever como escrevia

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Percepção do Estado de Saúde

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Ainda tenho saúde para viver os anos que me restam

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Ainda tenho saúde para fazer as coisas que fazia anteriormente

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Ainda posso viver sozinho (a) na minha própria casa

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Consigo controlar a minha ansiedade

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto auto-confiança apesar das limitações que tenho

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Agora sinto que estou a melhorar a minha situação de saúde

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto ter possibilidades na recuperação da minha situação de saúde

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto que tenho suficiente auto-estima

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto-me desanimado(a) comigo próprio(a)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto uma infelicidade quanto à minha situação actual de saúde

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto falta de confiança quanto à minha recuperação

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto-me triste por não ser capaz de executar as actividades que fazia anteriormente

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto-me abatido(a)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto-me triste quando me comparo com os outros que andam

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto-me melhor em casa mas vivo triste

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto-me triste por estar a dar trabalho à família

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto-me triste por não poder ajudar os outros

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Sinto-me triste por querer mexer-me e não poder

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Draft



Percepção do Estado de Saúde (continuação)

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto-me triste por deixar de realizar os projectos que tinha para a minha vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que não sou velho mas estou destroçado(a) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não me convenço que vou ficar bom(a) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Confio pouco nas minhas capacidades ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto medo de ficar como estou ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que os outros me vêem de maneira diferente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Percepção de Bem-Estar

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Tinha projectos de vida que agora não posso concretizar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me Pessoa mesmo com as limitações que tenho ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não me considero diminuído psicologicamente pelas limitações que tenho ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto motivos de satisfação mesmo tendo as limitações que tenho ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me confiante no dia-a-dia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Considero-me uma pessoa com valor ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que o meu corpo continua aquilo que era ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não me sinto dependente dos outros ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que vou voltar a ser aquilo que era. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me bem comigo próprio(a) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto falta de interesse pelo que me rodeia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto medo quando penso no futuro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Cresci do ponto de vista pessoal com a minha situação de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Percepção da Relação com os Outros

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto que sou capaz de manter as responsabilidades da minha vida do dia-a-dia
- Sinto que tenho pessoas que me admiram
- Sinto que continuo a ser útil aos outros
- Sinto-me igual, em relação aos outros

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sentido de Autonomia

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto que já consigo adquirir o domínio de actividades do dia-a-dia
- Posso tomar decisões por mim próprio(a)
- Sinto confiança para controlar a minha vida
- Sinto que faço novamente as actividades que desempenhava anteriormente no dia-a-dia com naturalidade
- Penso em recuperar o lado afectado para poder assumir as responsabilidades de realizar tarefas

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Perpectivas futuras

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Penso ainda realizar os projectos que tinha para a minha vida
- Tenho projectos para o futuro
- Sinto-me feliz por ter esperança de conseguir andar pelos próprios meios
- Tenho cada vez mais preocupação com as minhas capacidades motoras
- Sinto falta de confiança no futuro
- Tenho esperança de poder assumir as responsabilidades das tarefas que desempenhava anteriormente
- Sinto que precisava de ser estimado(a) agora na velhice

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

DOMÍNIO ESPIRITUAL

Religiosidade

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Participar em actividades religiosas ajuda-me a dar sentido à minha vida © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Acredito no poder divino © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Peço diariamente apoio do poder divino © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho procurado em Deus força/apoio para resolver os meus problemas © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Penso que Deus pode ajudar na cura da minha situação de saúde © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Deus é meu amigo, sinto o seu amor © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Peço a Deus que me liberte dos meus pensamentos negativos © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Procuro em Deus conforto para a minha situação de saúde © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Ter confiança em Deus faz-me sentir bem © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Ter Fé em Deus faz-me ter esperança na recuperação © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Peço a Deus que tenha compaixão de mim © ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Positividade do Sentido de Vida

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto-me satisfeito(a) com a vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Acredito que existe uma força espiritual superior ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Acredito no meu destino ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Consigo dar sentido á minha vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Participar em actividades espirituais ajuda-me a dar sentido à minha vida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tentei ultrapassar as dificuldades com o que mais me identificava espiritualmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que vale a pena viver um dia de cada vez ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- A minha vida foi útil ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Draft



DOMÍNIO SOCIAL

Status / Papéis

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Ainda me sinto uma pessoa produtiva, no dia-a-dia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- A minha família ainda me deixa fazer algumas actividades ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Voltarei a ter, como tinha, a responsabilidade de trabalhar para o sustento da minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Continuo a ser capaz de realizar as actividades profissionais que realizava anteriormente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tenho dificuldade em fazer as coisas próprias da minha idade ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me inútil por não poder trabalhar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que não sou capaz de assumir as responsabilidades que tinha anteriormente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Relações de Proximidade

- Percepção do Relacionamento Familiar

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto que já não poderei ser útil á minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que a minha família não acredita na minha recuperação ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me só mesmo quando estou na presença de outras pessoas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto-me triste por não poder ajudar a minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que não posso estar em casa com a minha família ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto falta de pessoas significativas para me ajudarem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



Relações de Proximidade

- Percepção do Relacionamento da Rede Social

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Sinto-me desanimado(a) mesmo com a presença dos amigos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Considero que já não tenho amigos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não gosto de aparecer assim aos meus amigos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que os meus amigos não acreditam na minha recuperação ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Há pessoas que me dizem coisas que me magoam ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Não sinto satisfação nos relacionamentos com pessoas que estão à minha volta ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que não se mantém a relação que eu tinha com os meus amigos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que as pessoas que me rodeiam esqueceram-se de mim ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sei que os amigos me apoiam mesmo estando doente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Procuro estar com os amigos para me divertir ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Relações de Proximidade

- Percepção do Relacionamento com os Serviços de Cuidados

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 N/ concordo N/ discordo | 4 Concordo | 5 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|

- Confiar nos cuidados de saúde prestados ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que tenho a assistência necessária quanto à minha situação de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Tento ser cooperante na resolução de problemas com os profissionais de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Preocupo-me em obedecer às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Sinto que com a ajuda dos profissionais consigo recuperar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Situação sócio-económica

16 - Profissão ☐ Sem ocupação ☐ Ocupação remunerada ☐ Ocupação não remunerada ☐ Aposentado/a

17 - Nível de Escolaridade

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Analfabeto | <input type="radio"/> De 10 a 12 anos |
| <input type="radio"/> Sabe ler e escrever sem instrução | <input type="radio"/> Médio |
| <input type="radio"/> De 1 a 4 anos | <input type="radio"/> Superior |
| <input type="radio"/> De 5 a 9 anos | |

18 - Rendimentos individuais provêm ?

- | | | | |
|---|-------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> Salário | <input type="radio"/> Reforma | <input type="radio"/> Ajuda de Familiares | <input type="radio"/> Outros |
| <input type="radio"/> Não possui qualquer rendimento fixo | | | |
| <input type="radio"/> Até aos 300€ | | | |
| <input type="radio"/> De 300€ a 500€ | | | |
| <input type="radio"/> De 500€ a 1000€ | | | |
| <input type="radio"/> De 1000€ a 1500€ | | | |
| <input type="radio"/> Mais de 1500€ | | | |

19 - Os rendimentos económicos são suficientes para:

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Despesas correntes(alimentação, manutenção da casa, outras) | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| Despesas de saúde | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| Despesas com outros (conjuge, filhos e outros) | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| Encargo com instituição de acolhimento | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |

20 - Nível Sócio Económico

- ☐ Elevado ☐ Médio ☐ Baixo

ANEXO III
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Eu _____, abaixo assinado, pela presente declaração, concordo em participar como voluntário no projecto de investigação que se encontra a desenvolver sob a temática “*Actividade Motora da Pessoa Idosa com A.V.C. – Contributos e Desafios de Enfermagem*”, o Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro.

Neste sentido, após ter sido convenientemente esclarecido relativamente aos objectivos da pesquisa, bem como do compromisso que assume em respeitar as normas éticas e deontológicas que presidem a este tipo de trabalho, e depois de assegurado que as informações prestadas e os resultados delas decorrentes destinar-se-ão somente a apresentação e/ou publicação de trabalhos de carácter científico e que poderão subsidiar outras pesquisas do autor, autorizo a realização da entrevista (gravada em suporte digital - gravador),

Assinatura do informante

Local Data

IMPRESSÃO DIGITAL DO INFORMANTE

ANEXO IV
PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO ÀS ENTIDADES REFERENCIADAS NO ESTUDO



Ministério da Saúde

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Exmo. Senhor
Dr. Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
Rua Nossa Senhora das Dores, 18
Sandeigas
3025-475 S. MARTINHO DE ÁRVORE

| S/Ref | S/Comunicação | N/Ref. – Ofício n.º | Data |
|-------|---------------|---------------------|------------|
| | 18.09.2007 | PC – 1870/07 | 27.11.2007 |

Assunto: Pedido de autorização de colaboração da Equipa de Gestão de Altas e acesso a listagem das Instituições de destino das Pessoas Idosas (≥ 65 anos) acometidas de AVC, nos últimos 12 meses, no Serviço de Neurologia dos HUC

Tenho presente o requerimento de V. Exa. datado de 18.09.2007, relativo ao assunto em epígrafe, que muito agradeço.

Após obtido parecer da EGA – Equipa de Gestão de Altas dos Hospitais da Universidade de Coimbra, informo que é autorizada a colaboração solicitada, devendo, para o efeito, contactar o Dr. José Ávila Costa, coordenador da EGA.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

(Prof. Doutor Fernando Regateiro)

FJR/LG

Exmº Senhor

Dr. Alberto José Barata Gonçalves Barata

Rua N. Srª das Dores, nº 18 - Sandelgas

3025 – 475 S. Martinho de Árvore

| | | | |
|---|---------------------|------------|------------------|
| V/Ref. | Sua comunicação de: | Data: | Nossa Referência |
| | 19-09-2007 | 24-09-2007 | 1867/sec |
| Assunto: Pedido de autorização para acesso de listagens das Pessoas Idosas (≥ 65 anos) acometidas de A.V.C., nos últimos 12 meses, no Serviço de Neurologia do CHC, E.P.E. | | | |

Na presença do ofício de V. Exª, vimos comunicar não ser possível conceder autorização para o acesso solicitado, face ao parecer da Comissão de Ética do Hospital Geral, segundo a qual e de acordo com a lei de Protecção de Dados Pessoais, não podem ser facultados; o mesmo parecer inviabiliza também o atendimento do segundo pedido: «**Pedido de autorização de colaboração da Equipa de Gestão de Altas e acesso a listagem de instituições de destino das Pessoas Idosas ...**»

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do
Conselho de Administração do CHC. E.P.E.



(Dr Rui de Melo Pato)

SERVIÇOS CENTRAIS
DO CENTRO HOSPITALAR
DE COIMBRA

Quinta dos Vales
S. Martinho do Bispo
3041-853 COIMBRA
Tel. 239 800 100
Fax 239 442 820

HOSPITAL GERAL DA C.
PORTUGUESA DO BRASIL

Quinta dos Vales
S. Martinho do Bispo
3041-853 COIMBRA
Tel. 239 800 100

HOSPITAL PEDIÁTRICO
DE COIMBRA

Avenida Bissaya Barreto
3000-076 COIMBRA
Tel. 239 480 300

MATERNIDADE
BISSAYA BARRETO

Rua Augusta
3000-061 COIMBRA
Tel. 239 480 400

APARTADO 7005
3041-853 COIMBRA

www.chc.min-saude.pt

RP/IP



*Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
Equipa de Coordenação Regional do Centro*

CUIDADOS CONTINUADOS

Saúde e Apoio Social

Exmº Senhor
Prof. Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
Rua Nossa Senhora das Dores, 18
Sandelgas

3025-475 S. Martinho de Árvore

Sua referência

Data

Nossa referência
ECRCCI / 0016

Data
2008-04-03

ASSUNTO: ACESSO A LISTAGENS / REFERENCIAÇÃO EM INTERNAMENTO PARA A RCCI

Vimos comunicar a nossa autorização para que possa aceder à listagem das Instituições de destino dos doentes, com idade > 65 anos, acometidos de AVC e referenciados pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) dos HUC e CHC para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Estas listagens devem ser solicitadas às Equipas Coordenadoras Locais (ECL).

Esta autorização tem por base o compromisso assumido por V. Ex.ª de observância das normas éticas e a garantia de que nos serão transmitidos os resultados da pesquisa logo que terminado o trabalho.

Com os mais respeitosos cumprimentos

A COORDENADORA DA ECR CENTRO

(MARIA JOSÉ HESPANHA)

MJH/MC

Na resposta indicar a "nossa referência". Em cada ofício tratar só de um assunto.



Exmº Senhor
Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
Prof. Adjunto da Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra
Rua Nª Srª das Dores, nº 18 – Sandelgas
3 025-475 S. Martinho de Árvore

V/Refº

Data

N/ Refº

Data

9 1076

02/50/08

Assunto: Pedido de autorização para realização de entrevistas.

Conforme solicitado no v/ ofício datado de 14 de Abril do corrente ano, somos a informar que em reunião do passado dia 30 de Abril do corrente ano, foi deliberado autorizar a realização das entrevistas.

Com os melhores cumprimentos.

1/O Presidente do Conselho de Administração,


H. Arcebispo João Crisóstomo
Vogal Executivo
Dra. Isabel Cristina Duarte Nogueira

(Drº Jorge Manuel Pereira Martins)

Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
Rua Nª Sª das Dores nº 18 – Sandelgas
3025-475 S. Martinho de Árvore
Telmov. 962035365

*Concedo em o fer
de entrevista pelo que deve
su autoridade de
27/4/2008
[assinatura]*

ASSOCIAÇÃO FERNÃO MENDES PINTO
Exmº Srº Dr. Raul Pestana

Assunto: Pedido de autorização para realização de entrevistas a Pessoas Idosas (≥ 65 anos) acometidas de A. V. C. e aos Cuidadores Formais, que cuidam directamente com as Pessoas idosas.

Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro, Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontrando-se actualmente a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem na Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, vêm por este meio solicitar a Vª Ex.ª, a autorização para a realização de entrevistas a Pessoas Idosas (≥ 65 anos) acometidas de A. V. C., e aos Cuidadores Formais, que cuidam directamente com as Pessoas Idosas.

Estas entrevistas inserem-se num projecto de investigação que se encontra a desenvolver sob a temática “ *Actividade Motora da Pessoa Idosa com A.V.C. – Contributos e Desafios de Enfermagem*”, tendo como orientadora a Sr.ª Profa. Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo, no âmbito do Doutoramento acima referido.

Antecipadamente reconhecido pela cooperação que me venha a ser dispensada e com o compromisso de observância das normas éticas que presidem a este tipo de trabalho, envio em anexo o guião de entrevista e colocando-me à disposição de Vª Ex.ª, para elucidação de qualquer interrogação.

Atenciosamente,

Coimbra, 14 de Abril de 2008

Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
(Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro)

Anexos:

Candidatura a Doutoramento – ICBAS
Autorização EGA dos HUC
Autorização ARS Centro
Guião de entrevista às Pessoas Idosas
Guião de entrevista aos Cuidadores Formais
Folha de consentimento informado dos Informantes



Rua da Sofia, 158
3001-904 Coimbra

Tel. 239 851 770
Fax 239 833 389

E-mail crepousocbr.geral@mail.telepac.pt

Exmo Sr. Dr.

Alberto José Barata G. Cavaleiro

Rua Nossa Senhora das Dores nº 18

Sandelgas

3025 – 475 S. Martinho de Árvore

Coimbra, 6 de Maio de 08

Assunto: Projecto de Investigação

Acuso recebida a comunicação de V. Ex.^a datada de 14 de Abril sobre o assunto em epígrafe, cujo teor me mereceu a melhor atenção.

Cumpre responder-lhe informando V. Ex.^a da nossa plena disponibilidade para cooperar no projecto de investigação a que aquela comunicação se reporta.

Com os mais respeitosos cumprimentos.

O Administrador

**IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS NECESSIDADES
MISERICÓRDIA DE POIARES**



UNIDADE DE SAÚDE DE CUIDADOS CONTINUADOS

AUTORIZAÇÃO

Assunto: Resposta ao pedido de autorização para realização de entrevistas

Foi concedido ao Exmo. Sr. Dr. Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro, Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, autorização para a realização de entrevistas a Pessoas Idosas acometidas de A. V. C., e aos Cuidadores Formais, que cuidam directamente das mesmas.

Vila Nova de Poiares, 16 de Abril de 2008

O Provedor,

José Pedroso Carvalho



ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Sede: Centro Social Comunitário Dr. Jaime Ramos

Telf. 239 530 150 • Fax 239 533 160 • 3220-231 Miranda do Corvo • e-mail:geral@adfp.pt

NIPC 501 921 257

INSTITUIÇÃO DE UTILIDADE PÚBLICA

INSTITUIÇÃO PRIVADA DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

DECLARAÇÃO

Face ao solicitado cumpre-nos informar que foi aceite o pedido para a realização do trabalho intitulado "Actividade motora da pessoa idosa com AVC" a realizar aos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da Associação para o Desenvolvimento e Formação Profissional de Miranda do Corvo, pelo Sr. Dr. Alberto José Gonçalves Barata Cavaleiro.

O trabalho teve início a 21/04/2008.

Por ter sido pedida se passa a presente declaração que vai assinada e carimbada com o carimbo em uso nestes serviços.

Miranda do Corvo, 3 de Julho de 2008

Presidente da Direcção
ASSOCIAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO
E
FORMAÇÃO PROFISSIONAL
3220-231 MIRANDA DO CORVO
Jaime Ramos

(Médico)

Investimos em pessoas

Visite o website: www.adfp.pt

DELEGAÇÕES EM MIRANDA DO CORVO:

CENTRO INFANTIL
Tel. 239 531 146

CENTRO HIPICO
Tel. 239 531 106

CENTRO SOCIAL LAMAS
Tlm. 916 147 056

CENTRO SOCIAL RIO DE VIDE
Tel. 239 542 211

DELEGAÇÃO EM COIMBRA:

FORUM SÓCIO-OCUPACIONAL - Tel./Fax 239 401 685
Rua de Sta. Teresa, N.º 29 - 1.º - 3000-359 COIMBRA



Hospital Cantanhede
Arcebispo João Crisóstomo

Hospital do Arcebispo João Crisóstomo

Conselho de Administração

HAJC Saída 01839 24 11*10

Exmº Senhor

Prof. Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro

Rua Nº Srª das Dores, nº 18 – Sandelgas

3025-475 S. Martinho de Árvore

| V/Refª | Data | N/ Refª | Data |
|--|------|---------|------|
| Assunto: Pedido de autorização para realização do Protocolo de Investigação a Pessoas Idosas (≥ 65 anos) acometidas de A.V.C. | | | |

Em resposta ao ofício de V. Exª, datado de 17 de Novembro de 2010, informamos que em reunião do Conselho de Administração de 23 de Novembro do corrente ano, foi deliberado autorizar nos termos propostos a realização do Protocolo de Investigação a Pessoas Idosas (≥ 65 anos) acometidas de A.V.C.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração,

(Vítor Manuel Costa Leonardo)

CA/FF





Ministério da Saúde

CMRRC-RP

Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

Ex.mo Senhor

Prof. Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro

Rua N.ª Sr.ª das Dores, n.º 18 - Sandelgas

3025-475 S. Martinho de Árvore

Sua referência

Sua comunicação de

Data

Nossa referência

09.06.2011 09 JUN 2011 0817

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de Protocolo de Investigação a Pessoas Idosas (≥ 55 anos) acometidas de A.V.C.

Em resposta ao pedido de V.ª Ex.ª sobre o assunto em epígrafe, informamos que a realização do mesmo foi autorizado, na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença, devendo os aspectos práticos relacionados com a operacionalização da colheita de dados ser articulada com o Director de Serviço da Unidade, Dr. Jorge Láins, e a Coordenadora de Enfermagem, Enf.ª Supervisora Irene Louro.

O Presidente do Conselho de Administração

(Prof. Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo)

CA/IO

Dr. Jaime Ramos

Assunto: Pedido de autorização para a realização de Protocolo de investigação a pessoas idosas acometidas de AVC

Venho por este meio informar que considero benéfico para a instituição o desenvolvimento do trabalho atrás referenciado pelo Enf. Alberto Cavaleiro. Informo que este trabalho é desenvolvido com utentes da RNCCI, tendo o Sr. Enf. para o efeito autorização da ECL ARS do Centro.

O Enf. Alberto mostrou disponibilidade em colaborar na instituição em alguma área que considerássemos pertinente nomeadamente acções de formação. Falei com a Dr. Adélia sobre este assunto e irei falar com o Enf. caso o Dr. autorize sobre possível tema de acção de formação.

Anexo pedido do sr. enfermeiro.
À consideração do Dr.

17/12/2010

Doc 001
Jaime Ramos
FUNDAÇÃO A.D.F.P.
ASSISTÊNCIA, DESENVOLVIMENTO
E FORMAÇÃO PROFISSIONAL
3220 - 231 MIRALDOA DO CORVO

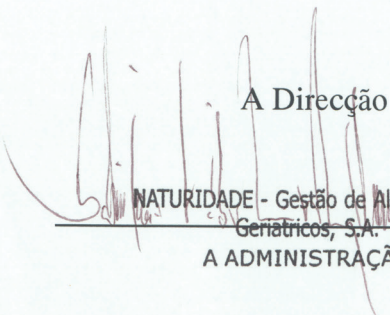
Exmo Sr. Dr. Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
Rua N^a Sr.^a das Dores, nº 18 – Sandelgas
3025-475 S. Martinho da Árvore

Assunto: Deferimento para a realização do Protocolo de Investigação a Pessoas Idosas (maiores de 65 anos) acometidas de A.V.C, no âmbito do projecto de investigação *Actividade Motora da Pessoa Idosa após A.V.C*;

A Naturidade – Gestão de Alojamentos Geriátricos S.A, com sede em Serradas da Freixiosa, freguesia de Santa Eufémia, concelho de Penela, apresenta deferimento ao pedido de autorização para a realização do Protocolo de Investigação a Pessoas Idosas (maiores de 65 anos) acometidas de A.V.C, remetido a esta instituição pelo Dr. Alberto José Gonçalves Barata, no âmbito do projecto de doutoramento em Ciências de Enfermagem da Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, por carta datada de 18 de Novembro de 2010.

Serradas de Freixiosa, 05 de Maio de 2011,

A Direcção



NATURIDADE - Gestão de Alojamentos
Geriátricos, S.A.
A ADMINISTRAÇÃO

Serradas da Freixiosa
3230-221 PENELA
Tel.: 239 550 000
Fax.: 239 550 009
geral@naturidade.pt
www.naturidade.pt




DECLARAÇÃO

António José Salgado Rosa Negrão, na qualidade de Director do Centro Desenvolvimento Educativo de Cantanhede, Lda, em Cantanhede, declara para os devidos efeitos que ALBERTO JOSÉ BARATA CAVALEIRO, Professor Adjunto da ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA está autorizado a desenvolver o estudo A ACTIVIDADE MOTORA DA PESSOA IDOSA APÓS AVC – DESAFIOS E CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM, no âmbito do trabalho de Doutoramento, no Centro Residencial da Lagoa de Mira - Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

A presente declaração vai ser assinada e autenticada com o carimbo em uso nesta instituição.

Cantanhede, 22 de Dezembro de 2010.

A Direcção


CENTRO DESENVOLVIMENTO
EDUCATIVO DE CANTANHEDE
Cont. N.º 503 152 587
António José Salgado Rosa Negrão

Autorizado

LORSENIOR
ACTIVIDADES SOCIAIS, LDA
AV. JOSÉ R. SOUSA FERNANDES
TEL: 334 497 000
3020-228 LORSENIOR - COIMBRA
NIF: 507 891 286

Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
Rua Nª Sª das Dores nº 18 – Sandelgas
3025-475 S. Martinho de Árvore
Telmov. 962035365

albarata234@hotmail.com

Exmº Sr. Administrador da LorSenior – Domus Vitae

Assunto: Pedido de autorização para realização do Protocolo de Investigação a Pessoas Idosas (≥ 65 anos) acometidas de A. V. C.

Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontrando-se actualmente a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem na Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, vêm por este meio solicitar a Vª Ex.ª, a autorização para a realização do Protocolo de Investigação a Pessoas Idosas (≥ 65 anos) acometidas de A. V. C..

Este Protocolo de Investigação inserem-se na segunda fase do projecto de investigação que se encontra a desenvolver sob a temática “ *Actividade Motora da Pessoa Idosa após A.V.C. – Desafios e Contributos de Enfermagem*”, tendo como orientadora a Sr.ª Profa. Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo, e Co-Orientador o Sr. Prof. Doutor Paulo Queirós no âmbito do Doutoramento acima referido.

Antecipadamente reconhecido pela cooperação que me venha a ser dispensada e com o compromisso de observância das normas éticas que presidem a este tipo de trabalho, envio em anexo o Protocolo de Investigação, referindo que será garantida a segurança nos testes de desempenho físico – Teste de TINETTI e SPPB, colocando-me à disposição de Vª Ex.ª, para elucidação de qualquer interrogação.

Atenciosamente,

Coimbra, 18 de Novembro de 2010

Alberto J. B. G. Cavaleiro

(Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro)

Anexos:

Candidatura a Doutoramento – ICBAS
Autorização EGA dos HUC
Autorização ARS Centro
Protocolo de Investigação
Folha de consentimento informado dos Participantes

IRMANDADE DE NOSSA SENHORA DAS NECESSIDADES - MISERICÓRDIA DE POIARES



INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

Contribuinte N° 500 997 187

Quinta das Camélias — 3350-088 VILA NOVA DE POIARES — Telef.: 239 421 145 / 239 421 175 — Fax 239 421 697
e-mail: misericordiapoiares@sapo.pt

Lar de Idosos
Centro Dia
Apoio Domiciliário
Cuidados Continuados de Saúde
Medicina Física e Reabilitação

Exmº Senhor

Dr. Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
Rua Nª Sr.ª das Dores nº 18
Sandelgas

3025-475 S. MARTINHO DA ARVORE

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

060/11

2011/ 02 /11

ASSUNTO:

Pedido de autorização

De acordo com o pedido apresentado por V.Ex.ª venho informar que foi autorizado pela Mesa Administrativa a realização do 'Protocolo de Investigação a Pessoas Idosas acometidas de AVC' no âmbito do projecto de investigação que se encontra a desenvolver com vista ao seu Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

Com os melhores cumprimentos.

O Provedor,

José Pedroso Carvalho